

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 30.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul SOUSSELIER

Né le 25 Septembre 1874, à Pierrefonds (Oise).

Elève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1898



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 30.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul SOUSSELIER

Né le 25 Septembre 1874, à Pierrefonds (Oise).

Elève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. POLLOSSON, Président ; M. WEILL, Assesseur ;
MM. ROLLET et SIRAUD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Disciple de l'Université lyonnaise depuis cinq années, nous avons contracté de nombreuses dettes de reconnaissance. Qu'il nous soit permis, avant de quitter peut-être à jamais la ville des brouillards, de nous acquitter de ces dettes.

Nous devons avant tout adresser nos plus vifs remerciements à M. le professeur agrégé Siraud; c'est à lui que revient l'idée première de ce travail pour lequel il ne nous a pas ménagé ses précieux conseils. Nous n'oublierons jamais l'extrême bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli et notre reconnaissance lui est justement acquise.

M. le professeur M. Pollosson nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse: nous lui exprimons, avec nos remerciements, notre admiration pour ses savantes leçons.

Que M. le professeur agrégé Frenkel accepte nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition sa connaissance approfondie de la langue russe.

Nous adressons nos hommages respectueux à tous nos

maîtres civils et militaires dont nous avons suivi l'enseignement, à tous ceux qui nous ont porté de l'intérêt ou témoigné de la sympathie. Que MM. les médecins-majors Janot et Patte soient assurés de notre profonde gratitude : ils nous ont toujours accueilli avec une bienveillance toute amicale; nous en conserverons un vif et charmant souvenir.

Merci, enfin, à nos camarades d'Ecole, à MM. Rigourd et Ch. Janot entre tous: ils ont été pour nous pendant ces trois années ce qu'ils seront toujours, deux véritables amis.

P. S.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

INTRODUCTION

L'affection désignée aujourd'hui sous le nom d'*abcès sous-phrénique*, définition proposée par Jaffé¹, a été bien décrite pour la première fois par Leyden (1879) sous celui de *pyo-pneumothorax subphrenicus*. Cet auteur mettait en relief dans ces termes un simple fait, à savoir que les phénomènes thoraciques constatés à l'auscultation et à la percussion prennent tant d'importance dans cette maladie qu'ils peuvent donner le change et faire croire à une affection du poumon ou de la plèvre. Malheureusement cette symptomatologie en quelque sorte à prédominance thoracique ne se trouve pas dans tous les cas. Le conflit entre des gaz et du pus est indispensable à sa production : or il n'existe pas toujours. La présence de gaz dans les collections sous-diaphragmatiques n'est en effet signalée par Lang² que dans une proportion de 30 pour 100.

¹ Jaffé, *Deut. med. Woch.*, n° 16, 17, 1881.

² Lang, thèse, Moscou, 1895.

Aussi pourrait-on dire simplement avec Ch. Monod *pyothorax sous-phrénique*, expression qui a l'avantage de rappeler le siège de la collection ainsi que les signes stéthoscopiques qui découlent de sa situation. Cette définition n'a pas prévalu. Nous accepterons donc le terme de Jaffé, aujourd'hui courant, et nous définirons tout d'abord ce qu'on doit entendre par abcès sous-phrénique.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la définition de l'abcès sous-diaphragmatique. Nous lisons dans la thèse de M. Rosain (1897) : « Ce n'est pas sans surprise que l'on voit dans les publications postérieures au travail du professeur de Berlin des écrivains médicaux confondre, dans une même description, les suppurations simples du péritoine hépatique avec la « maladie de Leyden ». Sans doute, ajoute le même auteur, en se plaçant au point de vue exclusivement opératoire, la question est secondaire, après tout, de connaître le contenu exact de l'abcès; mais le médecin, à qui le malade s'adresse tout d'abord, devra forcément faire cette distinction, sans quoi il s'exposerait à des erreurs de diagnostic très graves. » Rosain se place évidemment à un point de vue tout à fait spécial. Il a entrepris l'étude des abcès gazeux sous-phréniques à l'exclusion des autres formes. Ne nous plaçant pas au même point de vue que lui, nous ne partageons pas ses idées. Il est nécessaire, à notre avis, de faire, comme l'a d'ailleurs fait Lang dans son travail inaugural, une distinction dans les formes que peuvent revêtir les collections suppurées sous-diaphragmatiques. Tantôt nous rencontrons un abcès hors de la cavité péritonéale, situé soit dans l'épaisseur du muscle diaphragme, soit dans le tissu rétro-hépatique; tantôt le pus est collecté et enkysté dans le péritoine sus-

hépatique: ici c'est un pus mélangé de gaz, là c'est un abcès simple. Aussi admettons-nous sans réserve la division de Lang et de Maydl en abcès extra et intra-péritonéaux, et en abcès gazeux et simples. Très importante est cette division au point de vue symptomatique: il est évident que la réaction péritonéale sera moins vive dans la première forme; il est clair aussi que les symptômes physiques seront tout différents suivant qu'on aura affaire à une forme gazeuse ou à une forme simple. C'est la division que nous adoptons dans le cours de notre travail.

Quant à la définition de l'abcès sous-phrénique, nous ne pouvons dès lors admettre celle que donne Rosain: « On désigne sous le nom d'abcès sous-phréniques gazeux des collections constituées par une accumulation de pus et de gaz sous la voûte du diaphragme. » Elle a le tort d'être trop spéciale: applicable à la maladie de Leyden, elle ne rentre plus dans le cadre de notre sujet.

Güterboch propose de donner le nom d'abcès sous-phréniques « exclusivement aux collections offrant un rapport déterminé intime, soit avec le diaphragme, soit avec les viscères thoraciques ». Nous ne comprenons pas très bien cette connexion déterminée dont il parle.

Nous acceptons la définition plus générale de Lauenstein de Hambourg¹: « L'abcès sous phrénique est une collection purulente, limitée à droite par le foie et le diaphragme, et à gauche par le diaphragme, l'estomac, le rein du même côté, la rate et le côlon. » Nous ajouterons que cette collection suppurée, par sa situation, donne lieu

¹ Lauenstein, *Semaine Médicale*, 1896.

à un syndrome clinique complet qui en fait une maladie spéciale. Nous allons essayer d'en entreprendre l'étude dans ce modeste travail. Notre plan sera simple : après un court aperçu historique sur la question, nous traiterons successivement de l'étiologie, de la pathogénie. L'anatomie pathologique nous occupera quelque temps, après quoi nous entreprendrons l'étude des symptômes, du diagnostic différentiel, des complications. Nous terminerons enfin cet exposé par une revue des différents traitements préconisés pour la thérapeutique des abcès sous-phréniques.

HISTORIQUE

L'histoire des abcès sous-phréniques remonte à 1797. Veit, à cette époque, rapporte une observation d'abcès hydatique situé entre le foie et le diaphragme. Pendant longtemps encore l'abcès sous-diaphragmatique devait rester une trouvaille d'autopsie. Louis, en 1826, publia un cas d'abcès sous-diaphragmatique, consécutif à un abcès du foie. En 1830, Delpech, Wright en 1829 et Bright en 1834 signalent chacun un cas analogue. En 1845, Barlow publia un cas d'abcès sous-phrénique rempli de pus et de gaz fétides et déterminé par deux perforations de l'estomac (obs. XIV). Williams (1845), Wintrich (1834), Bouchaud (1862), Viollet (1873), Rigal, Pastouraud, Taylor (1874), Pfühl (1877), Eisenlohr, Trousseau (1877) rapportèrent des observations analogues. D'après Scheurlen, Eisenlohr est le premier qui ait fait le diagnostic pendant la vie du malade. Quoi qu'il en soit, c'est vers cette date que se termine une première période dans l'histoire des abcès sous-phréniques, période qu'à l'exemple de Maydl nous pourrions appeler anatomo-pathologique.

Une seconde phase, beaucoup plus intéressante, débute

en 1879. Leyden, mettant à profit les observations précédentes et sa propre expérience, donna de ces lésions un exposé didactique. Dès ce jour on put dire le *pyo pneumothorax sub-phrenicus de Leyden*, ou mieux *la maladie de Leyden*.

Cossy étudia presque en même temps le pneumothorax engendré par des gaz provenant du tube digestif. Il en fit trois classes, dont une réservée aux pneumothorax sous-phréniques. Tillmans, en 1883, publie toutes les observations connues de communications entre les plèvres et la cavité intestinale ou stomacale : tantôt il s'agit de simple trajet traversant le diaphragme, tantôt il s'agit de véritables abcès sous-diaphragmatiques. Dans la suite, nous citons les observations cliniques de Jaccoud, Neusser, Glöeser, Bossi, Pusinelli, Starcke. En 1886 paraît l'excellente thèse de Deschamps qui fait époque dans l'étude des abcès enkystés périhépatiques et qui complète celle de Foix parue onze ans auparavant (1874).

Ici se termine la période que nous pourrions appeler clinique. Avec le professeur Debove (1890) s'affirme la période thérapeutique. C'est lui en effet qui, pour la première fois, opéra avec succès un malade de son service, atteint d'abcès gazeux sous-diaphragmatique. Depuis ce jour, les chirurgiens s'occupent de la question des abcès sous-phréniques, sans que jusqu'ici aucune règle spéciale ait été donnée pour les aborder. Il est cependant des noms qui méritent d'être cités : Nowack et Maydl (1894), en Autriche ; Vanlair (1893), en Belgique ; Bogoleppoff et Lang (1892), en Russie. Ce dernier auteur a publié sur la question un travail de haute valeur. Nous aurons occasion de le citer souvent au cours de notre étude. En France,

nous consultons les ouvrages de MM. Jaccoud (1883-1884-1885) et Debove, les thèses de MM. Radaman (1891), Grandsire (1894-5), Thouvenin (1896), Besredka et Rosain (1897).

Citons enfin les travaux tout récents de MM. Lejars, Monod et Courtois-Suffit (1897 et 1898).

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Dans une monographie détaillée, Maydl (Vienne, 1894) distingue les abcès sous-phréniques gazeux et les abcès non gazeux ou simples. L'étiologie en est toute différente. Dans une discussion récente de la Société de chirurgie (novembre 1897), M. Lejars établit que les abcès gazeux sous-phréniques supposent toujours une perforation du tube digestif ou du poumon (celle ci très rare). Il est à remarquer en passant que l'ulcère duodénal et l'ulcère siègeant dans le voisinage du pylore donnent lieu à des collections purulentes situées sous la moitié droite du diaphragme. Tout autre ulcère donnera plutôt naissance à un abcès gauche. Les ulcères de la face postérieure de l'estomac engendrent également des abcès sis au-dessus du lobe gauche du foie (Dickinson¹).

Sur 61 cas d'abcès sous-diaphragmatiques gazeux, Lang trouve 31 fois une lésion stomacale; il signale dans sa nomenclature étiologique générale 30 cas de cause inconnue. Nous ajouterons avec M. Besredka que, dans ce nombre relativement grand de cas, où la cause détermi-

¹ Dickinson, *the Lancet*, 1891.

nante de la lésion est déclarée inconnue, l'étude des antécédents du malade porte à penser que l'estomac devait être mis en cause, alors même que l'autopsie est demeurée à cet égard négative. Il n'est pas nécessaire, en effet, pour assister à la formation d'un abcès sous-phrénique, qu'il se produise une perforation de l'estomac ou de quelque partie du duodénum : les lésions non ulcéreuses de l'estomac peuvent, elles aussi, y donner lieu, probablement par voie lymphatique ou par pure diapédèse à travers la paroi de l'organe considérablement amincie. Notre camarade et ami, le Dr Laporte¹, admet qu'il suffit d'une destruction de l'épithélium de la muqueuse du tube digestif en certains points pour permettre aux micro-organismes de passer à travers la paroi en quantité telle qu'ils amènent une infection du péritoine.

Les autres lésions susceptibles de provoquer la formation d'abcès gazeux sont groupés par Scheurlen et Lang de la façon suivante :

Scheurlen, sur 22 cas.	Lang, sur 80 cas.
12 fois perforation de l'estomac.	42 maladies de l'estomac.
6 — — l'appendice.	10 — du duodénum.
4 — — du duodénum.	2 — des autres parties du tube digestif.
	26 maladies de l'appendice.

En moyenne générale, nous arrivons au chiffre de :

53 0/0	pour les maladies de l'estomac.
14 0/0	— — du duodénum.
32 0/0	— — de l'appendice.

L'étiologie des abcès non gazeux est beaucoup plus

¹ Laporte, *Péritonites sans perforation*, thèse, Lyon, 1898.

variée. Le tableau donné par Lang nous fournit les renseignements les plus complets à cet égard. Voici comment il répartit un total de 83 cas d'abcès non gazeux.

Foie	9
Voies biliaires.	17
Rate	6
Organes génitaux de la femme.	4
Reins.	3
Maladies thoraciques.	7
Affections générales	3
Cause inconnue	35

Nous avons discuté ces 35 cas de cause inconnue dont une grande partie rentre certainement dans le cadre des abcès gazeux. Nous n'insisterons pas.

Nowack donne une statistique générale d'abcès simples ou gazeux de 80 cas : nous les reproduisons ci-dessous :

Kystes hydatiques	8
Ulcère (estomac et duodénum).	32
Typhlite.	8
Périmétrite.	5
Carcinome stomacal	3
Abcès de la rate	3
Périnéphrite	3
Dysenterie	1
Pneumonie	1
Caverne pulmonaire	1
Cause inconnue	9

Telles sont les causes les plus fréquentes. Ajoutons les ulcérations de la portion sous-diaphragmatique de l'œsophage (Hilton Fagge), la gastro-entérite (même auteur), l'hépatite suppurée des pays chauds. A ce sujet, nous

ferons observer, avec Paul Segond¹, que les abcès du foie ne siègent pas indifféremment dans tous les points de viscère.

Il ressort, en effet, des statistiques relevées par Rendu que dans les deux tiers des cas les abcès occupent le lobe droit et de préférence la face convexe : c'est ce qui explique la fréquence relative des collections suppurées sous-diaphragmatiques à la suite de l'ouverture spontanée de ces abcès. Nous trouvons également dans l'étiologie quelques cas consécutifs à la tuberculose péritonéale (Jaccoud, obs. V), à l'ovarite (Coyne). Peut-être la péri-néphrite est-elle plus souvent que ne le pense Nowack la cause d'abcès sous-phréniques. M. Bureau (th. de Paris, 1888) indique en effet comme très fréquents les prolongements supérieurs entre le foie et le diaphragme de la poche suppurée de pyonéphrose.

Au chapitre anatomo-pathologique, nous verrons la disposition des tissus limitant la poche (Lang) et qui explique la propagation des collections dans la région sous-diaphragmatique.

Jayle (*Bulletin de la Société anatomique*, 1893) a colligé quatre cas d'abcès phréno-hépatiques consécutifs à la dysenterie et il rapporte un cas dans lequel l'abcès était à la fois sus- et rétro-hépatique. Nous avons nous-même observé un cas d'abcès collecté en arrière du foie et qui fut ouvert par la voie lombaire. (Service de M. le professeur agrégé Bouveret, 1898.)

Il nous paraît utile d'insister sur certains points de pathogénie des abcès sous-phréniques. D'après la défini-

¹ Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*, t. VIII.

tion qu'en donne Lauenstein et que nous reproduisons dans notre introduction, l'abcès sous-phrénique est primitif ou secondaire : il peut se former par continuité ou contiguïté. C'est ainsi que la propagation des abcès périnéphrétiques s'explique aisément par l'anatomie. L'atmosphère adipeuse du rein au niveau de l'hiatus costolombaire est en contact avec la plèvre entre les arcades du diaphragme. Les veines et les lymphatiques traversant l'hiatus sont des voies de propagation (Cruveilhier). Quand l'endométrite suppurée doit être considérée comme la cause de l'abcès sous-diaphragmatique, il faut peut-être invoquer ici encore les traînées lymphatiques. Pour le cancer de l'estomac, les kystes hydatiques, les abcès de la rate, la lithiase biliaire, les abcès du foie, les épanchements traumatiques hépatiques ou périhépatiques la contiguïté explique tout comme pour l'endométrite, c'est à distance, par propagation indirecte, que se produit la suppuration sous-phrénique à la suite de typhlite, appendicite, dysenterie ou grippe (Nicolas). Au sujet de l'appendicite, M. L. Spillmann¹ écrit : « La formation d'abcès à distance dans l'appendicite se caractérise par ce fait qu'ils n'affectent aucune contiguïté même lointaine avec l'appendice et se différencient de cette façon des abcès péri-appendiculaires de siège anormal, dus à une situation vicieuse de l'appendice. Ils sont l'expression d'une affection appendiculaire diffusée soit par l'intermédiaire d'une contamination péritonéale, soit par le canal des organes vasculaires de l'appendice. »

De toutes les complications de l'appendicite, la suppu-

¹ Spillmann, *Presse médicale*, 7 septembre 1898.

ration sous-diaphragmatique semble être l'une des plus importantes, puisque, sur cent soixante-dix-neuf cas d'abcès sous-phréniques, Maydl¹ trouva l'appendice en cause vingt-cinq fois. Nous avons nous-mêmes trouvé précédemment une proportion de 32 pour 100 — chiffre notablement supérieur au précédent, mais il faut noter que le premier comprend les abcès gazeux et simples, le second ne considère que le abcès gazeux.

La suppuration sous-diaphragmatique consécutive à l'appendicite peut se développer tantôt du côté de la cavité abdominale (obs. XIV), tantôt dans l'épaisseur même du diaphragme, donnant ainsi lieu à des abcès intra- et extra-péritonéaux.

L'abcès sous-diaphragmatique n'est pas toujours secondaire à une lésion des organes voisins. Dans quelques cas, en effet, il s'agit d'un épanchement sanguin traumatique (Méry) consécutif à une rupture ou fissure du foie ou de la rate (Lampe²), et qui, comme tous les hématomes, peut suppurer.

La fièvre typhoïde (cas de Magnan) agit soit par les ulcérations intestinales perforées ou non, soit par la cholécystite suppurée concomitante.

Parfois, cependant, il n'y a qu'un simple trajet allant de l'ulcération intestinale à la cavité pleurale où l'on note un pyopneumothorax³.

Dans un cas recueilli par M. le D^r Nicolas, opéré par M. le professeur agrégé Vallas, nous nous sommes occupé

¹ Maydl, *Abcès sous-phréniques*, Vienne, 1894.

² Lampe, *Berl. klin. Woch.*, 23 septembre 1895.

³ Autonoff, *Sem. méd.*, page 179, 1890.

de rechercher le mode de formation de l'abcès sous-phrénique à la suite d'une grippe. Les recherches faites à ce sujet nous ont donné les résultats suivants : l'abcès primitif était hépatique : sa rupture a amené l'abcès sous-phrénique. L'examen microscopique a révélé dans le pus la présence de cellules hépatiques.

Citons la périhépatite tuberculeuse comme cause fréquente d'abcès sous-phrénique.

Citons l'actinomycose comme cause exceptionnelle. Israël¹, dans un cas d'actinomycose diffuse, a trouvé à l'autopsie une vaste cavité purulente collectée entre le diaphragme, la rate et l'estomac ; le pus en était verdâtre.

Dans le cancer du rein, l'abcès phréno-hépatique est possible puisque c'est par la voie lymphatique que le néoplasme se transmet à la plèvre, au diaphragme et enfin au tissu hépatique².

En résumé, nous rencontrons des abcès primitifs et des abcès secondaires à des lésions de voisinage. Ils se forment par propagation directe de la phlegmasie ou encore par migration des microorganismes à travers les parois malades du tube digestif (abcès par contiguïté). Les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques sont les voies de propagation des abcès à distance.

¹ Israël, *Berl. klin. Woch.*, 23 janvier 1888.

² Rieffel, thèse, Paris, page 100, 1890.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ainsi que le font voir les autopsies recueillies par Lang et par nous-même le processus suppuratif a lieu dans l'espace sous-phrénique. A cette région anatomique on assigne les limites suivantes : la base est formée par la face supérieure du lobe droit du foie dans la moitié droite de l'abdomen, du lobe gauche du même organe et par le côlon transverse dans la moitié gauche où l'on rencontre également la rate, l'estomac, l'origine du duodénum et du grand épiploon. Les parois supérieures et latérales sont constituées par la voûte du diaphragme. C'est dans cet espace ainsi limité que se forment les collections purulentes dont l'étiologie et la pathogénie ont été faites au chapitre précédent.

Grâce au pouvoir que possède le péritoine de s'accoler par ses surfaces sous l'influence d'excitants tels que le contenu intestinal, le pus, les liquides pathologiques septiques, il se forme entre le diaphragme et les organes précités des adhérences. Elles sont composées de traînées de fibres, puis de tissu conjonctif organisé : elles cloisonnent du même coup la cavité de l'abcès et transforment

en abcès enkysté sous-phrénique les collections purulentes de cette région.

L'espace sous-diaphragmatique, on le voit, n'est pas envahi complètement par l'abcès, mais les cloisonnements créent diverses variétés suivant leur siège et suivant l'étiologie. D'autre part, dans la région même qui nous occupe, nous avons des barrières naturelles : ce sont, sur la ligne médiane le ligament suspenseur du foie, obstacle naturel s'opposant à l'irruption des produits septiques d'un côté de l'abdomen dans l'autre moitié. Ce ligament peut être parfois perforé ainsi que nous le verrons ultérieurement : le fait est rare. La seconde barrière est constituée par le ligament coronaire, son importance est moindre ; il ferme simplement en arrière la cavité virtuelle sous-phrénique. De cette façon elle n'est plus ouverte qu'en avant : c'est la plupart du temps en ce point que se forment les premières adhérences.

Il ne s'est agi jusqu'ici que d'abcès développés à l'intérieur du péritoine : ils peuvent se former en dehors de la séreuse par décollement de celle-ci (ob. VI). Dans cette variété, beaucoup moins fréquente que la première, nous ne rencontrons plus de cloisonnement. Le décollement de la séreuse péritonéale ne se fait pas avec une égale facilité dans toutes les régions ; il est difficile dans les parties tendineuses du diaphragme. D'ailleurs des injections de gélatine faites par Lang sur un certain nombre de sujets ont apporté beaucoup de clarté sur ce point d'anatomie pathologique. La gélatine s'étale en couche mince sous le diaphragme, en couche déjà plus épaisse dans le tissu parahépatique. Mais là où le décollement est le plus grand, là donc où doivent se collecter le plus souvent les

abcès extra-péritonéaux, c'est dans la partie postérieure du diaphragme ; l'étiologie s'accorde ici parfaitement avec l'expérimentation. Lang a montré que le tissu rétro-péritonéal de la région lombaire présente quelquefois deux couches séparées l'une de l'autre par une lame de tissu conjonctif à direction verticale, double au niveau du rein et le contenant avec ses vaisseaux et son atmosphère graisseuse ; au devant de cette lame se trouve une couche de tissu graisseux lâche qui pénètre dans les replis péritonéaux et mésentériques ; en arrière une autre couche lâche qui communique avec le tissu analogue des régions voisines. C'est encore un point de fixation des abcès sous-phréniques extra-péritonéaux reconnaissant une étiologie rénale. Nous avons eu l'occasion de voir opérer un malade dans ces conditions, par M. le professeur agrégé Bérard ; nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici l'observation.

Nous allons étudier en détail les variétés d'abcès intra-péritonéaux, dont on comprend par les données précédentes, la division et le mode de formation. Nous aurons donc à envisager successivement les abcès droits et les abcès gauches, le ligament suspenseur servant de barrière entre les deux ; nous rapporterons ensuite les cas d'abcès répandus dans la totalité de l'espace sous-phrénique.

Abcès droits. — Ce sont les plus fréquents et les moins variés. Lang donne une proportion de 70 pour 100 d'abcès droits pour 30 pour 100 d'abcès gauches. Les moins variés par la raison que les organes situés de ce côté sont peu nombreux, le lobe droit du foie occupant la totalité de l'hypocondre. Les différentes autopsies, que nous avons colligées, montrent une topographie en bien des points

semblables : une poche limitée par le diaphragme en haut, la face supérieure du lobe droit du foie en bas, à gauche le ligament suspenseur, à droite la paroi inféro-latérale du thorax et la portion costale du diaphragme (obs. I et II). Dans l'observation III nous trouvons une topographie un peu particulière. Une première poche située à gauche et qui nous occupera ultérieurement; une seconde poche à droite, apparaissant seulement après avoir soulevé le foie; elle est allongée de bas en haut et limitée en dehors par la paroi du flanc droit; en dedans par la face externe du côlon ascendant; en bas par des adhérences entre la paroi et le côlon ascendant un peu au-dessous de la crête iliaque. Ce n'est plus, à proprement parler, une collection sous-phrénique mais si nous la citons, c'est pour bien montrer l'importance d'un temps opératoire pendant lequel il faut rechercher les régions où l'on peut rencontrer du pus. Dans l'observation précitée, on eût ouvert la première poche et, sans la recherche méthodique dont nous parlons, on eût refermé et drainé, laissant ainsi le loup dans la bergerie.

Dans un cas cité par Pfühl¹ on voit les intestins à droite de la ligne médiane, accolés entre eux jusqu'à l'ombilic, former la base de l'abcès sous-phrénique.

La seule particularité des abcès droits consiste dans les changements de limites que leur font subir les adhérences; l'abcès peut proéminer en haut ou en bas, se trouver plus ou moins rapproché du ligament suspenseur. C'est ainsi que dans certaines autopsies on a remarqué une adhérence directe entre le foie et le diaphragme sur certains de

¹ Pfühl, *Berl. klin. Woch.*, p. 57, 1877.

leurs points (obs. VII). Brunner (th. de Lang) cite un cas où l'abcès était situé entre la partie supéro-antérieure du foie et le diaphragme; le foie était abaissé et accolé par des languettes multiples à la paroi abdominale. Maydl¹ rapporte l'autopsie suivante : le péritoine du lobe droit du foie est accolé au diaphragme. Ces adhérences sont plus près de la moitié postérieure de ce lobe, alors que la partie inférieure près du bord antérieur du foie est entièrement libre.

Ces notions ont leur utilité diagnostique et opératoire. On comprend en effet qu'un cloisonnement à la partie antérieure supprime du même coup bien des signes; une adhérence du bord antérieur du foie avec le diaphragme empêchera la glande hépatique de s'abaisser. Dans ces cas la voussure du diaphragme est augmentée au maximum, le poumon refoulé bien davantage, les erreurs de diagnostic avec le pyo-pneumothorax vrai sont alors faciles à faire. Au point de vue opératoire, nouveau renseignement; il est opportun dans ces formes d'employer la voie préconisée par M. le professeur agrégé Siraud et notre collègue et ami le D^r Tartavez, je veux parler du décollement de la plèvre et ouverture à travers la voûte diaphragmatique.

Abcès gauches. — A gauche la diversité des dispositions anatomiques est plus grande. Ce fait est évidemment dû à la multiplicité des organes contenus dans cet hypocondre, des replis mésentériques nombreux et à la présence de l'épiploon.

Le cas type des abcès sous-phréniques gauches nous

¹ Maydl, *Wiener klin. Rundschau*, n° 3, 1896.

est fourni par l'observation de Leyden¹, abcès gauche, contenant gaz et pus. Cavité sous-diaphragmatique limitée à gauche par le ligament suspenseur, en avant et en dehors par la paroi abdominale, en bas par l'estomac, le méso-côlon, le côlon transverse et le grand épiploon.

Les observations VII et VIII signalent la limitation véritable des abcès par le lobe gauche du foie et la rate. C'est leur topographie assez commune.

Dans la plupart de ces cas, la collection purulente peut être évaluée à environ 1 litre; mais il y a des cas extrêmes. Monasterski a trouvé un abcès de la grosseur d'une prune. Bristoff décrit une cavité purulente de la grosseur du poing circonscrite par l'estomac, la partie antérieure du lobe gauche du foie et le diaphragme. L'extrême contraire est donné par le cas de Pusinelli² dans lequel il a trouvé une poche ayant refoulé le diaphragme jusqu'à la deuxième côte et le foie jusqu'à l'ombilic.

Dans un cas d'Aufrecht nous trouvons une topographie un peu spéciale : la moitié gauche du mésentère est accolée à la paroi abdominale et aux intestins qui sont agglutinés. La face inférieure du foie est soudée avec la majeure partie de la surface antérieure et la petite courbure de l'estomac. Il est lui-même soudé à la rate et à la majorité du côlon transverse.

Il existe une autre variété rare d'abcès gauches; ils ont leur siège dans l'épiploon, derrière l'estomac, s'étendant dans l'espace sous-costal gauche. Un ulcère de la paroi postérieure de l'estomac peut amener par sa perforation la

¹ Leyden, *Berl. klin. Woch.*, 1879.

² Pusinelli, *loc. cit.*

formation d'une collection gazo-purulente ayant pour plancher le méso-côlon et le petit épiploon et pour plafond le diaphragme. Les parties latérales sont constituées par le foie et la rate (Eisenlohr, obs. IV, Debove¹).

Nous arrivons enfin à une forme dont la littérature médicale possède peu de cas : destruction du ligament suspenseur, abcès sous-phrénique total remplissant entièrement la voûte diaphragmatique (cas de Rigal²). Il est probable que la destruction du ligament suspenseur doit être attribuée à son inflammation. Nous allons voir d'ailleurs que les organes sont intéressés dans leur texture par le voisinage des produits gazo-purulents, ce qui explique leur destruction possible, ligament suspenseur, diaphragme (voir Terminaison). C'est ainsi que la texture même du diaphragme peut être modifiée. Cette modification se manifeste par la distension passive et l'élévation de la voûte diaphragmatique (Bogoleppoff). Une autre cause, mise en lumière par Leyden, explique l'élévation du diaphragme. La pression constante du pus provoque une douleur vive et, pour s'y soustraire, le diaphragme cesse de se contracter, se relâche et, cependant le poumon l'attire à lui, augmentant ainsi sa voussure. Le maximum de cette voussure se rencontre dans la zone musculaire, fait en pleine concordance avec l'explication de Leyden.

Les altérations du diaphragme sont parfois assez prononcées pour amener sa perforation, d'où résultent des empyèmes et des vomiques ainsi que nous le verrons au paragraphe Terminaison.

¹ Debove, *Gaz. des hôp.*, 1890.

² Rigal, *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1874.

Le foie et la rate sont le siège de lésions qui vont de la périhépatite et péricapnité à une altération profonde du tissu propre de ces deux glandes. Dans plusieurs autopsies, la rate a été trouvée réduite en bouillie.

Nous nous proposons d'étudier maintenant l'abcès lui-même, son revêtement interne et son contenu. La cavité est tapissée par une membrane pyogénique d'environ 3 millimètres d'épaisseur; elle repose sur les organes sous-jacents précédemment étudiés; elle est facilement décollable. Au point de vue histologique, la membrane pyogénique est constituée par du tissu conjonctif recouvert de fausses-membranes purulentes; on y décèle la présence de vaisseaux de néo-formation quand l'affection est ancienne. On rencontre sur la surface interne des villosités susceptibles de se détacher et de former dans l'abcès un amas de détritns qui se mélangent au pus.

Le contenu des abcès sous-phréniques est séro-purulent, ou franchement purulent. On n'a jamais observé d'exsudat séreux. Leyden, cependant, cite un cas où il a rencontré un liquide louche jaunâtre. A l'examen microscopique, on rencontre une grande variété d'éléments. Pfühl trouve des globules de pus mêlés d'acides gras. Leyden rencontre des cristaux de bilirubine, Tillmann des parcelles d'amidon, des matières nutritives. Wulf publie une observation où il est parlé de pus contenant des morceaux de rate: il s'agissait d'un infarctus suppuré de cette glande.

La bactériologie n'est pas riche en documents; les examens sont rares. Toutefois, on a trouvé du bacille de Koch, de l'actinomycose¹, du streptocoque, du bacille

¹ Israël, *Berl. klin. Woch.*, 23 janvier 1888.

pyocyanique, du bacille coli. Dans le cas de Magnan, nous rencontrons du bacille d'Eberth. Dans l'observation V, l'examen bactériologique du pus de la cavité de l'abcès a montré qu'il s'agissait d'une association d'un streptocoque avec un para-coli-bacille de variété spéciale. Le bacille subtilis est signalé dans le cas de Létienne (obs. X).

A la bactériologie se rattache la question des gaz contenus dans la cavité de l'abcès. D'où viennent les gaz de cette variété d'abcès sous-phréniques? Leur origine est évidente quand il y a une perforation des voies digestives. Mais les malades de MM. Gilbert (obs. V), et Muselier (thèse Thouvenin), atteints de péritonite tuberculeuse n'avaient aucune perforation intestinale. Comment expliquer alors la formation spontanée des gaz dans les cavités séreuses? Les premières recherches bactériologiques ont été entreprises à ce sujet par M. le professeur Arloing en 1887¹. A propos d'un malade atteint d'un abcès gazeux de l'orbite, il a pu isoler un bacille gazogène qui avait quelque ressemblance avec le vibron septique; c'était un bacille anaérobie et aérobie; inoculé au rat, il occasionna la formation de gaz dans les tissus. En 1891, Hoppe Seyler analysant le contenu d'un abcès gazeux de la cuisse, trouva qu'il contenait de l'acide carbonique, de l'hydrogène, de l'azote et pas d'oxygène. Fränkel de Hambourg, enfin, dans quatre cas d'abcès gazeux prétend avoir isolé un bacille caractéristique qui se cultive sur agar et donne des chaînettes. Il se colore par la méthode de Loeffler. L'inoculation sur le cobaye est positive. Ce bacille serait gazogène et non pyogène. La présence de pus à la suite

¹ Rajon, *Arch. prov. de chir.*, juillet 1895.

des inoculations devrait être attribuée à des affections secondaires dues au streptocoque ou au staphylocoque.

Si donc il existe des germes capables de produire des gaz au sein de tissus, pourquoi n'en serait-il pas de même dans les grandes cavités séreuses, le péritoine, la plèvre ? D'ailleurs les discussions présentes des sociétés médicales de Londres et de Berlin sont confirmatives de ce que nous avançons. Comme le disait avec raison Frænkel en 1891, il est tout naturel d'admettre que les bacilles qui produisent des gaz dans l'intestin conservent leurs propriétés en tombant sur un terrain aussi favorable que la cavité de l'abcès sous-diaphragmatique.

SYMPTOMES

Nous conserverons la division que nous avons adoptée au début de notre travail en abcès intra-péritonéaux et abcès extra-péritonéaux. Les catégories établies par Maydl dans la première classe n'ont ici qu'une moindre importance. La symptomatologie ne diffère pas notablement, du moins en ce qui concerne les signes fonctionnels. Nous relaterons simplement, au cours de ce chapitre, les différences symptomatiques qui distinguent les abcès non gazeux de la « maladie de Leyden » proprement dite.

Abcès intra-péritonéaux. — Il est un renseignement très important à obtenir lorsqu'il s'agit d'un malade atteint d'abcès sous-phrénique; ce renseignement contribue toujours au diagnostic précoce de l'affection.

Je veux parler des antécédents personnels.

Si nous lisons les observations recueillies à la fin de ce mémoire, nous en trouvons bien peu dans lesquelles on ne rencontre pas dans l'histoire du malade quelque antécédent gastro-intestinal. L'étiologie nous a montré dans quelle proportion on devait incriminer l'estomac et le duodénum. Les observations II, III, V, etc., en sont des

exemples frappants. Ici c'est une jeune fille soignée depuis longtemps pour un ulcus; là, c'est un alcoolique souffrant depuis plusieurs années de douleurs gastriques. Ailleurs, enfin, après une recherche minutieuse des antécédents du malade, nous obtenons un renseignement de toute importance; il se souvient avoir rendu une ou plusieurs fois du sang noir dans ses selles (obs. II). Dans l'observation XI, nous relevons des coliques hépatiques antérieures. Plus rarement les anamnétiques ne fournissent aucune donnée certaine. L'histoire même de la maladie est en ce cas d'un grand secours. Si nous avons affaire à un abcès non gazeux, le malade signale des coliques hépatiques antérieures (obs. XI), une appendicite (obs. XIII), chez la femme c'est une lésion des organes génitaux; tel autre malade est tombé récemment ou a reçu un choc violent sur la région hépatique ou splénique.

Début. — La plupart du temps, l'histoire ne se passe pas de la sorte dans les abcès gazeux. Prenons une des observations précitées où nous avons trouvé des antécédents gastriques, l'observation III par exemple: subitement, sans cause appréciable, nous voyons une malade prise d'une douleur extrêmement violente dans la région épigastrique, douleur s'irradiant à tout l'abdomen et à l'épaule droite. Quelques heures plus tard, les douleurs redoublent d'acuité, elles deviennent assez intenses pour provoquer des cris. Apparaissent alors des nausées, des vomissements glaireux d'abord, bilieux ensuite, et le malade perd connaissance.

Tel est le début très ordinaire de l'abcès sous-phrénique. Nous rencontrons là tous les signes d'irritation péritonéale, de péritonite aiguë: Douleurs aiguës dans la

partie inférieure du thorax, dans les hypocondres, au creux épigastrique, irradiant vers l'omoplate et l'épaule du même côté. Ajoutons à cela le facies abdominal : pommettes colorées, visage couvert de sueurs, terreux, yeux excavés, langue fuligineuse. C'est dans ces cas que l'on rencontre une température à grandes oscillations. Nous y reviendrons plus loin.

Ce début est donc bien celui d'une affection abdominale : c'est la première période de la maladie, période que Jaccoud a appelée lui-même période abdominale en opposition à la seconde, période thoracique dans laquelle la maladie ressemble beaucoup plus à une affection sus-diaphragmatique.

En outre, on signale parfois au début un œdème des membres inférieurs et du scrotum (obs. V. Vaulair⁴). L'explication n'en est pas encore donnée : est-ce une thrombose, est-ce un phénomène de compression par l'abcès ? Les deux explications sont acceptables, aucune d'elles n'a reçu de confirmation.

Nous arrivons maintenant à la description de la maladie établie. Nous commencerons par l'examen des signes physiques, nous réservant de terminer le tableau symptomatique par les troubles fonctionnels.

A l'inspection, la situation du malade nous frappe tout d'abord : il est dans le décubitus dorsal, immobile ; plus rarement on le trouve dans le décubitus latéral avec les genoux et le cou fléchis afin de placer sa paroi abdominale dans le plus grand relâchement possible. Cette paroi abdominale est bien intéressante à examiner :

⁴ Vaulair, *Revue médicale*, 1893.

La paroi est tendue en raison d'un tympanisme généralisé : ce tympanisme est plus accentué au niveau de l'hypocondre atteint et de la région épigastrique. Bientôt l'abdomen, toujours météorisé dans sa totalité, se montre bilobé, les deux portions météorisées étant séparées l'une de l'autre par une dépression transversale, qui part du rebord des fausses-côtes d'un côté, passe par l'ombilic pour rejoindre un point symétrique du côté opposé. La voussure inférieure est la plus considérable : elle comprend en somme la presque totalité de l'abdomen, s'étend d'un flanc à l'autre. La voussure supérieure occupe toute la région épigastrique.

A cet aspect particulier du ventre, M. Courtois-Suffit attache une grande importance. Il lui a permis de porter le diagnostic exact dans deux cas (obs. II et III). Nous ne saurions trop y insister ici.

Nous en aurons terminé avec l'inspection quand nous aurons signalé la circulation supplémentaire qui s'établit rarement au niveau de l'abcès et l'œdème de la paroi. Ce signe n'a pas plus de valeur dans le cas d'abcès sous-phrénique que dans les pleurésies purulentes. Il est trop tardif et trop inconstant.

Il est enfin un signe qui, à notre avis, peut acquérir une grande valeur, je veux parler du type de la respiration. Nous avons vu au chapitre Anatomie pathologique que le diaphragme lésé était presque toujours paralysé. Nous observerons donc une immobilité respiratoire des régions hypocondriaques et épigastrique. Les côtes inférieures, l'arcade costale sont également immobiles dans la majorité des cas. Le mécanisme respiratoire est donc réduit au type costal supérieur.

Palpation. — Le premier symptôme qui découle de la palpation est la douleur. Elle est intense, étendue à toute la paroi abdominale, avec un point maximum, très nettement localisé vers la région épigastrique, exactement au niveau de la dépression transversale qui sépare les deux zones météorisées.

Cette douleur rend obtuse la sensation d'empâtement de la région de l'hypocondre ; en insistant un peu, la main arrive parfois à sentir une rénitence profonde.

Percussion. — Beaucoup plus intéressant, la percussion est souvent difficile à cause des douleurs qu'elle réveille. C'est ici qu'intervient la distinction entre les abcès simples et les abcès gazeux. On comprend en effet que la présence de gaz dans la cavité de l'abcès fasse changer les signes tant à l'auscultation qu'à la percussion. Nous nous débarrasserons de suite des abcès non gazeux. Dans cette forme, la percussion donne une zone de matité se confondant en bas avec celle du foie qui en général est abaissée ; dans la majorité des cas il l'est peu, plus rarement il descend jusqu'au-dessous de l'ombilic. En haut, la matité remonte sous les côtes, pouvant donner le change avec la pleurésie. La limite supérieure de matité revêt ici une forme spéciale (Lang) : c'est une ligne convexe en haut, décline vers la colonne vertébrale, moins décline vers le sternum. Lorsque l'abcès siège à gauche, la percussion permet d'observer l'obscurcissement de l'espace semi-lunaire, suivant le contour de l'abcès. Ajoutons (nous verrons le contraire tout à l'heure dans la seconde forme) que la matité reste la même, quelle que soit la position du malade.

Dans la forme gazeuse, la percussion de la tumeur sus-ombilicale est pleine d'enseignements. A l'état normal, le foie a pour limite inférieure les fausses côtes : il remonte à 11 centimètres sur la ligne mamelonnaire jusqu'à la cinquième côte environ. Qu'une collection gazo-purulente s'établisse entre sa face supérieure et le diaphragme, nous le voyons s'abaisser, son bord inférieur déborde les fausses côtes. L'organe est régulier, lisse, non douloureux. Mais au-dessus de lui, à la place qu'il occupe normalement, on rencontre un tympanisme descendant, suivant les cas, jusqu'à la sixième ou septième côte, et même au-dessous de cette dernière.

Si, maintenant, nous faisons changer la position du malade, si, du décubitus dorsal où il était, nous le faisons passer à la station assise, les signes changent. La zone tympanique devient mate. Ce phénomène s'explique par le déplacement du gaz qui cède la place au pus. Ce signe, sur lequel M. le professeur Lépine a insisté, avait été fort bien remarqué et décrit par Leyden. Il possède à lui seul une grande valeur, surtout par la région où on le trouve ; car, ainsi que nous le verrons au diagnostic différentiel, il n'est pas pathognomonique : on le perçoit dans l'hydropneumothorax, mais plus élevé alors que dans le cas présent. Ajoutons, enfin, que dans la partie gazeuse de l'abcès deux auteurs, Moritz ¹ et Starcke ² ont constaté le bruit de pot fêlé.

Auscultation. — Reprenant la division en deux pé-

¹ *Saint-Petersbourg, med. Woch.*, n° 1. 1882.

² *Jahrg. Charité-Annalen*, VII.

riodes, l'une abdominale, la seconde thoracique, nous dirons que dans la première période l'auscultation ne nous fournit aucun renseignement. Le travail inflammatoire s'opère, la collection purulente ou gazo-purulente n'est pas encore formée, nous ne percevons rien jusqu'à la limite supérieure de l'abcès : au-dessus, le poumon respire normalement. Toute différente est la seconde période, et les signes stéthoscopiques sont si nombreux qu'elle mérite vraiment le nom de phase thoracique. Nous parlons en ce moment de l'abcès gazeux ; l'abcès liquide pur ne donne de signes stéthoscopiques à aucun stade de son évolution : il n'a pas de phase thoracique. Quels sont donc ces signes dans l'abcès gazeux ?

Dans la grande majorité des cas on constate un souffle amphorique très intense dont l'origine a été beaucoup discutée ; en plus, le bruit d'airain, le tintement métallique et souvent le bruit de flot par succussion (obs. III, IX), tout en somme peut faire croire à un hydropneumothorax. Mais Deschamps attire justement l'attention sur ce point, les signes que l'on trouve au sommet du poumon ne concordent plus avec la symptomatologie du pneumothorax : la respiration sous-claviculaire est presque normale ; presque, car le refoulement du poumon par le diaphragme augmente sa densité, le tasse, et le bruit vésiculaire normal se traduit par une respiration soufflante, douce. Le murmure vésiculaire, en tout cas, cesse brusquement au niveau supérieur de la région gazeuse sonore et, à sa place, on entend un souffle amphorique. Ce niveau lui-même, variant avec la profondeur de l'inspiration, ce ne sera pas une des moindres particularités de cette auscultation que de trouver une limite aussi nettement indiquée

par les signes perçus et aussi variable sous l'influence des mouvements respiratoires (Deschamps).

Parmi les troubles fonctionnels, nous devons signaler en premier lieu les troubles respiratoires. La respiration, nous l'avons vu, est costale supérieure. Elle est superficielle. Le nombre des mouvements est très considérable : il oscille entre 24 et 48 par minute, mais on rencontre dans la littérature des cas où le nombre des respirations atteignait les chiffres presque invraisemblables de 60 et même de 86 par minute (Pusinelli). Dans ce cas¹, le diaphragme était refoulé en haut jusqu'à la deuxième côte et le foie abaissé jusqu'à l'ombilic.

Fait remarquable et qu'un clinicien ne doit pas laisser passer, dans la grande majorité des cas, la toux fait défaut au moins au début de la maladie ; l'expectoration, si elle existe, est insignifiante.

Le tube digestif lui-même, dans le cas où il est cause de l'abcès sous-diaphragmatique, est le siège de troubles déjà existants, mais exagérés. Les vomissements, nous l'avons vu, tiennent au réflexe péritonéal. La constipation est de règle ; elle est souvent rebelle aux plus violents purgatifs. Cette constipation reconnaît deux causes : la compression de la masse intestinale par la collection purulente, et la parésie ou même la paralysie de la tunique musculaire de l'intestin consécutive à l'inflammation de la muqueuse sous-jacente.

Les voies urinaires subissent l'influence de l'état général : Nowack a observé une difficulté dans la miction. Faut-il

¹ Pusinelli, *loc. cit.*

rapporter ce phénomène à l'abcès ? rien ne le prouve. Les urines sont souvent albumineuses.

Quant à l'état de la température dans le cours de l'affection, si nous n'en avons pas encore parlé, c'est qu'elle renseigne mal.

Elle existe toujours au-dessus de la normale, oscillant entre 38 et 39 degrés. Mais parfois on constate des températures de 40, 41 degrés, sans pouvoir en expliquer la genèse. Peut-être doit-on rendre l'organisme du malade responsable de ces divergences, certains individus étant plus intoxicables que d'autres. Peut-être aussi la toxicité même du pus pourrait-elle expliquer ces hautes températures ? Nos investigations n'ont point été portées dans ce sens.

Il est enfin un signe diagnostique des abcès intra-péritonéaux qui a été essayé par Pfühl, dont il a gardé le nom. Nous voulons parler de la ponction.

La ponction seule est banale ; elle doit être faite toutes les fois qu'on a quelque certitude de rencontrer du pus en un point de l'organisme ; l'innocuité de cette méthode en fait un moyen de choix.

Pfühl a tenté de perfectionner cette méthode en associant à l'aiguille un manomètre. Il faisait du même coup le diagnostic d'abcès et le diagnostic du siège. Nous nous expliquons.

Pfühl¹ a remarqué que, lorsque la cavité est au-dessous du diaphragme, l'influence des mouvements respiratoires sur la colonne fluide est précisément inverse de celle qui est exercée sur un liquide contenu dans la plèvre.

¹ Pfühl, *Virchow's Jahrb.*, 1877.

En faisant la ponction avec un appareil Potain muni d'un manomètre, on a constaté que, durant l'écoulement, la colonne manométrique monte dans l'inspiration et baisse dans l'expiration. Le mouvement est contraire quand on évacue un liquide pleural. D'après Jaffé, on peut utiliser ce phénomène sans manomètre : il suffit de noter les variations de rapidité de l'écoulement.

Bien que les auteurs qui ont signalé ce fait soient très autorisés, nous croyons que la pratique ne répond pas en tous points à la théorie. Néanmoins ce signe mérite d'être connu, aussi l'avons nous relaté ici.

Abcès extra-péritonéaux. — C'est à Lang que revient l'honneur d'avoir donné des détails symptomatiques sur les abcès extra-péritonéaux; nous empruntons à cet auteur les lignes qui vont suivre:

Pour faire le diagnostic d'abcès extra-péritonéal sous-phrénique, on se basera:

1° Sur l'apparition de l'affection après une suppuration rétro-péritonéale, souvent accompagnée de signes de paranéphrite;

2° Sur la localisation des signes objectifs dans les parties postéro-latérales du thorax;

3° Sur la proéminence et l'œdème de la paroi au niveau des côtes inférieures et en arrière;

4° Sur la matité avec ou sans tympanisme au niveau des mêmes régions, mais en absence de bruits respiratoires et de vibrations vocales;

5° Enfin sur la présence de poumon absolument sain au-dessus de la ligne supérieure de cette région.

Les observations d'abcès extra-péritonéaux sont relati-

vement rares ; aussi la symptomatologie est-elle encore rudimentaire. Nous pouvons d'ailleurs conclure avec Lang que l'absence de signes thoraciques en fait une affection d'un diagnostic plus facile que la variété intra-péritonéale.

Complications. — Elles sont aussi nombreuses que fréquentes ; les plus communes sont la pleurésie, la péricardite, la péritonite. La pleurésie d'après Scheurlen survient dans la moitié des cas ; elle est séreuse ou purulente. La statistique de Lang qui porte sur 176 cas nous apprend que la pleurésie a été constatée 55 fois : moyenne 31 pour 100. La présence d'une pleurésie complique le diagnostic en rendant ses signes plus obscurs : il est bien entendu qu'il n'est question ici que de pleurésie de voisinage, sans perforation du diaphragme. La péricardite se rencontre d'après Lang dans une moyenne de 16 sur 176 cas. Elle entraîne la plupart du temps la mort.

Lorsque l'abcès sous-diaphragmatique n'est pas opéré en temps voulu, il arrive fréquemment que, rompant les adhérences, le pus fait irruption dans la cavité péritonéale. Nous n'assistons plus alors à une complication, mais à une terminaison. Elles sont variables, la péritonite foudroyante est rare. Rare aussi l'ouverture à la peau. Brinton a réuni des cas de perforation de la paroi abdominale antérieure consécutive à un ulcère d'estomac, mais ces observations ne se rapportent pas au cas que nous étudions. L'ouverture était précédée non d'un abcès sous-phrénique mais d'un phlegmon de la paroi abdominale.

On a cité des cas d'ouverture dans l'intestin grêle, et

dans le côlon transverse (obs. VI). Une diarrhée abondante, l'apparition de pus dans les garde-robes sont la conséquence et l'indice de cette terminaison. Si la perforation de l'estomac subsiste encore, l'existence de cette fistule gastro-colique se traduira par une diarrhée lientérique persistante, et la rapide déchéance du malade.

La terminaison la plus fréquente de beaucoup est l'ouverture de la collection purulente dans la cavité thoracique. Le malade éprouve tout à coup dans la région dorsale une violente douleur, qui annonce la perforation du diaphragme. Deux alternatives sont possibles : ou bien le poumon n'est uni à la plèvre que par des adhérences lâches et peu nombreuses ; dans ce cas une pleurésie purulente ou un pyopneumothorax se développe ; violente douleur subite, dyspnée intense, angoisse, la température s'élève. Si, au contraire, des adhérences solides unissent la base du poumon au diaphragme c'est dans le poumon que s'ouvrira le foyer sous phrénique, vomique abondante. C'est la terminaison la plus fréquente. La présence du pus dans le parenchyme pulmonaire développe une broncho-pneumonie ou succombe aux progrès de l'éciticité.

Nous terminons cet exposé en donnant la statistique que Lang rapporte des terminaisons.

Pleurésie séreuse	4
Empyème.	16
Péricardite	16
Symphyse du diaphragme au poumon . .	19
Perforation pulmonaire	34
— plèvre	23
— péricarde	3

La durée peut être très courte (quelques jours seulement) ou très longue. En moyenne, elle est de trois à quatre semaines, ainsi que nous l'observons dans la plupart de nos observations.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

L'abcès sous-phrénique est d'un diagnostic difficile. On le confond, au début, avec nombre d'affections, témoin l'observation II dans laquelle il fut pris successivement pour une colique de plomb (le malade était peintre), une occlusion intestinale, une péritonite aiguë généralisée.

Au point de vue du diagnostic différentiel à établir entre cette affection et les maladies qui peuvent, en plusieurs points, donner le change, nous ferons deux classes répondant aux deux périodes que nous avons assignées à l'affection : 1° diagnostic différentiel avec les affections abdominales ; nous aurons à envisager l'occlusion intestinale, la péritonite aiguë, l'abcès du foie, de la rate, la colique hépatique, la cholécystite suppurée, la distension gazeuse de l'estomac ; 2° diagnostic différentiel avec les affections du thorax : pleurésies, tuberculose pulmonaire, hydro-pneumothorax surtout.

Il nous paraît superflu d'établir le diagnostic avec chacune des affections précitées ; quelques-unes d'entre elles seront étudiées en détail. Il suffit de penser aux causes d'erreur que sont les autres pour les éviter.

Le diagnostic avec la gastrite phlegmoneuse est délicat.

Dans les deux affections, nous trouvons des douleurs très vives au niveau de l'épigastre qui est ballonné ; très sensible à la pression ; il y a du dégoût, de l'inappétence, des vomissements bilieux. Mais, outre son extrême rareté, la gastrite phlegmoneuse se caractérise par un état général plus grave ; la fièvre est plus intense, la langue sèche, comme rôtie, la marche est plus rapide.

L'existence de la fièvre servira à distinguer l'abcès sous-phrénique de la colique hépatique dans les cas simples, mais il n'en est pas de même dans les cas compliqués. « Le caractère particulier de la douleur, ses irradiations, les troubles fonctionnels concomitants, la connaissance des antécédents feront bien reconnaître la maladie primitive, mais l'interprétation de l'élément inflammatoire sera souvent difficile. Cependant, on se rappellera que dans la colique hépatique la douleur est passagère ; si elle persiste et qu'il existe de l'angiocholite, elle devient sourde, profonde, la palpation est à peine sensible, la fièvre revêt des caractères particuliers : ce sont des accès de fièvre intermittente hépatique ; il y a de l'ictère. Dans l'abcès sous-phrénique à cette période la douleur persiste avec une grande intensité, la palpation est presque impossible, la fièvre irrégulière, assez souvent modérée ; l'ictère n'est jamais signalé.

La confusion avec la péritonite généralisée ne persiste pas davantage ; le début peut cependant présenter les plus grandes analogies, et ce n'est guère que la marche de l'affection qui éclairera le diagnostic. Dans les cas, en effet, où l'inflammation se localise à la région sous-diaphragmatique, on voit tomber rapidement le ballonnement du ventre, et si les vomissements, la constipation per-

sistent, l'état général se relève plus vite, les douleurs se localisent, la tuméfaction reste limitée à l'hypocondre ou à l'épigastre.

« L'occlusion intestinale est parfois d'un diagnostic beaucoup plus difficile; l'observation II le montre surabondamment. C'est qu'en effet, dans l'un et l'autre cas, il y a une constipation opiniâtre, des vomissements incessants, du ballonnement du ventre, etc. Mais, dans l'occlusion, le siège de la douleur est rarement au niveau des hypocondres. Localisée au début au niveau de la lésion, elle s'irradie bientôt dans tout l'abdomen, c'est-à-dire marche en sens inverse de la douleur dans l'abcès sous-phrénique; les vomissements fécaloïdes n'existent enfin jamais dans l'abcès sous-diaphragmatique.

« Quant à l'abcès du foie, il est d'un diagnostic presque impossible au début. Le même empâtement douloureux dans l'hypocondre, la même élévation variable de la température. Lorsque la collection est formée, même difficulté si l'abcès est simple; s'il est gazeux, le météorisme sus-jacent à la matité hépatique abaissée lève tous les doutes.

« La cholécystite suppurée avec péritonite adhésive du voisinage peut simuler un foyer de péritonite enkystée, d'un abcès sous-diaphragmatique. Outre l'apparence assez régulièrement arrondie ou piriforme de la tumeur et son siège précis qui sont déjà des éléments utiles, le diagnostic utilisera surtout les commémoratifs. La tumeur cystique est presque toujours d'origine calculeuse; des coliques hépatiques dans le passé et, plus tard, des calculs évacués dissiperont les incertitudes. N'oublions pas toutefois que l'abcès sous-phrénique peut être, lui aussi, d'origine

calculieuse. C'est ainsi que Brown rapporte l'histoire d'une malade sur laquelle on voulait faire une cholécystotomie pour une dilatation de la vésicule : l'incision de la paroi abdominale ouvrit un abcès sous-phrénique.

« La dilatation de l'estomac par des gaz ne donne pas les symptômes généraux de l'abcès sous-diaphragmatique ; en cas de doute cependant, on aurait recours à la sonde œsophagienne.

« La distention du gros intestin par des gaz est enfin une curiosité anatomique d'une extrême rareté. Rigal observa cependant chez un malade, au niveau de la base du thorax, de l'immobilité du diaphragme, du tympanisme, une respiration amphorique et du bruit d'airain. A l'autopsie, il trouva le diaphragme refoulé jusqu'à la quatrième côte par une anse du gros intestin remplie de gaz.

« Comparons maintenant les symptômes de l'abcès sous-phrénique à la période thoracique avec quelques affections sous-diaphragmatiques.

« Entre la pleurésie sous-diaphragmatique et les collections sous-phréniques, la ressemblance est extrême ; les signes physiques peuvent être absolument les mêmes. » Malgré l'autorité de MM. Siredey et Danlos, nous croyons cependant qu'il est possible de faire le diagnostic. Comme eux nous admettons le signe de Guéneau de Mussy et nous comprenons fort bien qu'une collection sus-diaphragmatique puisse diminuer l'obliquité des dernières côtes, alors qu'une collection sous-phrénique l'augmenterait ; mais les signes physiques, et particulièrement la matité, présentent encore quelques différences sur lesquelles il nous faut insister. Les irradiations le long du phrénique, le bouton diaphragmatique appartiennent plutôt à la pleu-

résie, les irradiations abdominales à l'affection qui nous occupe ; l'endolorissement de toute la paroi thoracique est plus fréquent, la fièvre plus intense dans la pleurésie ; mais, tandis que dans les épanchements pleurétiques moyens la matité reste limitée en arrière et sur les parties latérales sans s'étendre à la partie antérieure, c'est surtout et d'abord en avant que l'on constate la matité dans les épanchements sous-diaphragmatiques ; de même, dans la pleurésie, la matité est limitée en haut, par une courbe parabolique, à concavité antéro-supérieure ; dans l'abcès sous-phrénique, la concavité regarde en bas. Lorsqu'il existe en même temps un abaissement du foie, il faudrait un épanchement pleurétique considérable, et la matité remonterait très haut en arrière. Quoi qu'il en soit, c'est un diagnostic des plus délicats et souvent l'erreur a été commise.

Il nous reste à établir le diagnostic entre l'hydropneumothorax et la « maladie de Leyden ». Bien des fois on s'est trompé. Leyden, le premier, posa des diagnostics exacts : Leyden, le premier, établit un diagnostic différentiel : « Les renseignements anamnestiques, le déplacement du cœur, l'intégrité du poumon sain sont en somme les meilleurs ou plutôt les seuls éléments du jugement. Le signe de Pfühl signalé plus haut aurait également sa valeur. » Un signe qui, selon nous, doit rendre de grands services, c'est la forme de la zone tympanique qui est toujours nettement limitée en haut ; lorsque, en effet, comme dans le cas de Glaser, la zone sonore croise le sternum pour s'étendre d'une plèvre à l'autre, l'erreur nous paraît impossible.

On sait combien il est parfois difficile de faire le dia-

gnostic différentiel d'un pyopneumothorax partiel et d'une grande caverne pulmonaire tuberculeuse. Il n'est donc pas étonnant que l'abcès gazeux sous-phrénique qui simule si bien la première affection puisse également simuler la seconde. C'est là un diagnostic qui pourrait être embarrassant. Mais l'existence d'une grande caverne pulmonaire suppose une affection chronique du poumon, déjà très ancienne. Elle s'accompagne des symptômes fonctionnels ordinaires de cette forme de tuberculose.

L'existence antérieure d'une hémoptysie, la constatation de signes stéthoscopiques au sommet du poumon sont autant de signes en faveur d'une caverne tuberculeuse, qui, s'ils ne différencient pas cette affection avec le pyopneumothorax vrai, permettent de la bien distinguer du pyopneumothorax sous-phrénique.

Remarquons d'ailleurs que l'erreur ne paraît pas avoir jamais été commise.

TRAITEMENT

Il y a seulement vingt ans, on aurait pu se poser la question de l'opportunité du traitement des abcès sous-phréniques : de nos jours ce n'est même pas discutable. Toute collection purulente doit être ouverte ; il ne faut pas attendre qu'elle se fasse jour elle-même par perforation d'un organe voisin, estomac, intestins, poumons. Il faut opérer. Quand l'intervention devient-elle urgente ? Dès qu'on est assuré de trouver du pus, dès que la ponction exploratrice a été favorable. C'est dire que le premier mode d'intervention est la ponction. C'est par elle que nous commencerons la discussion : ponction simple, ponction avec trocart. Le deuxième mode opératoire sera l'incision de la paroi abdominale, qui peut être pratiquée de diverses façons, puis la résection costale comprenant la voie transpleuro-diaphragmatique et la voie parapleurale.

Ponction. — Le grand avantage de cette méthode, si tant est qu'on puisse la considérer comme telle, est d'être à la portée de tout médecin ; elle peut rendre d'excellents services au médecin de campagne comme moyen palliatif :

elle sert à évacuer du pus, elle n'empêche pas qu'il se reforme. En principe, il faut se servir de la ponction comme moyen de diagnostic ; elle est alors exploratrice. A titre de moyen de traitement, elle doit être réservée aux cas urgents, chez un malade par exemple trop débilité pour supporter une intervention sanglante. Sur douze malades ponctionnés, nous trouvons deux guérisons, statistique peu encourageante.

Renvers a employé dans un cas une ponction un peu spéciale. Il s'agissait d'un abcès rapproché de la paroi dans une très faible étendue. Craignant de blesser le diaphragme et la plèvre s'il pratiquait une large ouverture, Renvers eut recours à la ponction avec drainage simultané. Il enfonça un trocart de 3 millimètres de diamètre dans le septième espace intercostal, retira le stylet, puis introduisit par la canule une sonde de Nélaton s'y adaptant exactement et retira la canule. Issue de 500 centimètres cubes de pus, guérison rapide. Malgré ce succès, nous n'en ferons pas un procédé de choix.

Beaucoup plus efficaces sont les procédés sanglants dont nous allons entreprendre l'étude. Nous traiterons des incisions abdominales :

1^o Maydl donne les règles suivantes pour l'opération, par la voie abdominale, des abcès gazeux et simples : « Pour les abcès gazeux, le lieu d'élection est la zone de tympanisme ; pour les abcès non gazeux, le lieu d'élection est le milieu de la zone mate ; dans ce dernier cas, l'incision doit toujours être précédée de la ponction exploratrice pour s'assurer de la présence du pus. » Nous nous abstenons de commenter ces règles qui sont excellentes ; elles supposent malheureusement connus des signes qui

n'existent pas toujours avec netteté. C'est dans les cas dont nous voulons parler qu'il est bon de savoir comment intervenir.

Jonnesco pratiqua chez un malade une incision longitudinale de 12 centimètres sur le bord externe du muscle droit. Raclage des fausses membranes à la curette de Volkmann, lavage au sublimé, drainage à la Mickulicz, pansement absorbant. Tel fut le mode de pansement, de traitement, rationnel préconisé par bien des auteurs.

Si nous résumons ce que nous avons vu déjà des traitements par incision abdominale, nous avons :

Incision médiane ou sur le bord externe du grand droit. Incision sur la partie saillante de l'abcès, incision latérale.

La seconde est avantageuse quand elle peut être employée, pour les abcès superficiels, par exemple. Déjà plus délicate pour les abcès profonds, elle doit tenir compte de la régression des organes, notamment du foie qui reprend sa place après l'évacuation du pus accumulé. La première est un traitement en quelque sorte de principe : c'est une méthode inflexible qui préconise l'incision médiane permettant d'explorer toutes les régions de l'abdomen pourvu que le jour soit suffisant (12 centimètres).

Nous avons vu à la symptomatologie que les abcès sous-phréniques s'observaient à deux périodes, l'une abdominale, l'autre thoracique. La thérapeutique chirurgicale comprend également deux voies : traitement par la voie abdominale (nous l'avons décrit), intervention par la voie thoracique, il nous reste à l'étudier.

Plusieurs modes opératoires se partagent les suffrages. Citons en premier lieu l'incision simple d'un espace in-

tercostal, soit en avant, soit en arrière : intervention simple en effet, mais ne donnant pas de jour suffisant.

Pour obtenir une lumière assez grande permettant une facile exploration, une large évacuation au pus, il faut pratiquer la résection costale. Nous arrivons à parler de deux procédés : la voie transpleuro-diaphragmatique et le procédé de Lannelongue. Nous verrons ensuite s'il n'est pas possible d'emprunter à l'un ses avantages pour éviter les inconvénients de l'autre.

Scheurlen et Bergmann¹ sont partisans de la résection costale faite le plus bas possible. M. Ch. Monod accorde également la faveur à la voie transpleuro-diaphragmatique, « à moins d'indications spéciales », dit-il. Elle permet d'opérer lorsque le diagnostic de siège n'est pas fait exactement. De trois cas opérés ainsi par M. le professeur agrégé Vallas et que nous allons étudier ici, nous pensons tirer des conclusions sur la valeur de cette opération.

Dans le premier cas il s'agit d'un abcès de la face antérieure du lobe droit du foie, ouvert dans l'espace sous-phrénique. L'intervention par la voie transpleuro-diaphragmatique a donné parfaitement issue au pus ; guérison rapide.

Dans un second cas, M. Vallas intervint de la même façon pour un abcès sous-phrénique droit ; évacuation de flots de pus. Mort.

L'autopsie montre que, outre l'ouverture opératoire du diaphragme séparée de la cavité pleurale par des adhérences solides, il existe une perforation de ce muscle

¹ Bergmann, *Bere. Klin. Woch.*, 1885.

ayant donné lieu à un pyopneumothorax, cause probable de la mort du malade (obs. X).

Cette observation répond à une objection posée à l'opération transpleurale ; elle favorise, dit-on, les pleurésies purulentes. Nous voyons qu'il n'en est rien. Les statistiques d'ailleurs le prouvent.

Le troisième malade opéré par le même procédé est mort également. Il s'agissait là d'un abcès sous-phrénique droit, mais avec cette particularité qu'il avait fusé sous le foie lui-même en avant du rein. L'incision a donné issue à du pus, mais un clapier restait inabordable ; le pus y est resté stagnant et le malade a fait de l'infection purulente (obs. XVI).

Il résulte de cette observation que dans bien des cas l'opération, même pratiquée d'urgence, en temps voulu, ne peut amener de résultat favorable, pas plus qu'aucune des opérations proposées et pratiquées journellement sur les abcès sous-phréniques. L'incision abdominale n'eût conduit dans le cas qui nous occupe que sur les anses intestinales refoulées. L'abcès n'eût même pas été soupçonné. Une seule intervention eût été couronnée de succès : l'incision au niveau du rein. Mais comment supposer la collection à ce niveau ?

Le procédé de Lannelongue, décrit par Canniot ¹, est basé sur ce fait anatomique qu'une partie du rebord costal n'est pas doublée à sa partie profonde de la plèvre pariétale, le sinus costo-diaphragmatique ne tapissant pas les cartilages costaux dans toute leur étendue. Or, cette partie cartilagineuse peut être réséquée sans qu'on ait

¹ Canniot, thèse, Paris, 1897.

besoin d'ouvrir le cul-de-sac pleural, et on ne risque de blesser aucun organe important. L'incision est faite au bistouri, à 2 centimètres au-dessus du rebord costal. Elle commence à 3 centimètres du sternum pour finir à l'union de la 10^e côte et de son cartilage. Le rebord costal sera isolé et réséqué avec le costotome Collin. La partie enlevée comprendra les 10^e, 9^e et 8^e et quelquefois 7^e cartilages costaux et les espaces correspondants.

Nous en aurons terminé avec l'exposé des traitements^s par la voie thoracique quand nous aurons parlé d'un procédé parapleural proposé par M. le professeur agrégé Siraud et discuté dans la thèse de notre camarade et ami le Dr Tartavez¹. L'anatomie montre qu'il est possible d'arriver, sans traverser la plèvre, sur des foyers haut situés sous le diaphragme, de les évacuer et de les drainer directement. Le procédé qui permet d'atteindre ce but consiste à pratiquer, après résections costales, une incision sur le diaphragme, au-dessous de la ligne de réflexion de la plèvre et parallèlement à cette ligne et à récliner en haut la lèvre supérieure de l'incision diaphragmatique qui entraîne avec elle le cul-de-sac pleural jusqu'au cinquième espace intercostal au besoin. Les temps de l'opération sont les suivants: /

1^o Incision de la peau et des parties molles dans le huitième espace sur une longueur de 12 centimètres.

2^o Résection temporaire, sous-périostée, des huitième et septième côtes et mobilisation en haut du volet thoracique ainsi formé;

¹ Tartavez, thèse, Lyon, 1897-98.

3° Décollement du cul-de-sac pleural de la face postérieure des fragments de côtes réséqués ;

4° Incision horizontale du diaphragme et relèvement en bloc du muscle et de la plèvre décollée ;

5° Evacuation de la collection liquide, drainage, etc.

Pour éviter les clapiers, M. Vallas propose une incision au niveau du creux épigastrique en un point où on peut arriver dans les abcès sans léser la plèvre ni le médiastin ; à ce niveau on ferait un drainage total de l'abcès. Tous les procédés, sauf le dernier, ont fait leurs preuves ; ils ont donné des guérisons ; le dernier est rationnel et doit en donner. Aussi nous concluons qu'il n'y a pas d'opération de choix pour traiter les abcès sous-phréniques. Nous nous contenterons de donner les quelques statistiques actuellement existantes dans la littérature médicale :

Lauenstein donne :

104 cas non opérés. — 6 guérisons.

76 cas opérés par tous procédés. — 39 guéris.

Lang écrit :

28 opérés par résection costale. — 15 guéris.

12 opérés par incision simple. — 6 guéris.

Le pronostic est donc bien différent et ne nous permet pas de dire avec Jaffé que dans les abcès sous-phréniques les malades meurent opérés ou non.

Malades non opérés 12 pour 100 guéris.

Malades opérés 48 pour 100 guéris.

Voici le bilan actuel de la science. Si l'intervention chirurgicale n'est pas toujours suivie de succès, les autopsies nous en donnent les raisons ; les perforations de l'estomac ou du duodénum subsistent après l'ouverture

de l'abcès et l'infection se généralise: collections gazo-purulentes méconnues par l'opérateur; rupture d'adhérences, péritonite aiguë; diagnostic porté trop tard. Le malade cachectisé était incapable de supporter le choc opératoire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Autopsie*).

(Neusser, *Wiener med. Wochens.*, n° 44. 1884).

Femme de trente-sept ans.

Autopsie. — Poche à contenu gazeux et purulent, siégeant à droite entre le foie et le diaphragme, développée consécutivement à un cancer du pylore profondément ulcéré. Il se produisit une perforation secondaire du diaphragme avec gangrène pulmonaire.

OBSERVATION II

(M. Courtois-Suffit, *Gazette médicale des hôpitaux*,
p. 1293, Paris, 1897).

Cas concernant un malade, Ernest L..., âgé de quarante ans, exerçant depuis trois mois la profession de peintre en bâtiment, ayant autrefois travaillé dans une raffinerie. Il entre dans le service de M. Courtois-Suffit, à l'hôpital Beaujon, le 6 juillet 1897.

La veille, racontait-il, il avait été pris d'une façon assez brusque de douleurs abdominales généralisées, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux.

L'interne de garde voyant cet homme à la figure amaigrie, au facies grippé, au ventre tendu et douloureux, se plaignant de constipation et de vomissements, diagnostiqua comme plus probable une occlusion intestinale.

Je vis le lendemain matin le malade que je trouvai dans l'état suivant :

Immobile dans le décubitus dorsal, son facies éveillait l'idée d'accidents péritonéaux. Yeux excavés et cerclés de noir, teint terreux, langue sale et séchée.

Douleurs abdominales intenses; constipation datant de plusieurs jours; vomissements verdâtres presque incessants.

L'abdomen paraissait tendu par un tympanisme généralisé, avec cependant une accentuation évidente de la tuméfaction au niveau de l'hypocondre droit et de la région épigastrique.

La palpation, uniformément douloureuse, réveillait cependant une douleur plus exquise en un point limité du ventre, vers le bord externe du muscle grand droit, au milieu d'une ligne prolongeant à peu près le bord inférieur de l'estomac.

Le pouls était petit et rapide, la température dépassait à peine 38 degrés.

Cherchant dans le passé du malade la raison probable de ces phénomènes, je ne trouvai d'abord que des renseignements sans grande importance, tels qu'une bronchite légère sept ans auparavant, j'appris aussi que depuis une dizaine d'années le malade ressentait parfois des douleurs assez vagues au niveau de l'hypocondre droit.

Plus importants m'apparurent — surtout par la suite — les signes de gastrite remontant à deux années environ, et surtout ce fait qu'à plusieurs reprises le malade avait rendu du sang par les garde-robes : sang rouge, en assez grande abondance.

En présence de ces phénomènes, je ne songeai pas de suite à l'abcès gazeux sous-diaphragmatique.

Etant donné les antécédents professionnels du malade (peintre), je pensai d'abord à une colique de plomb. Et de fait, c'en était la symptomatologie presque au complet.

Mais la généralisation et l'accentuation du météorisme, la douleur égale à la palpation superficielle et profonde, avec un point plus douloureux nettement localisé, vinrent infirmer cette première hypothèse.

Je ne pensais guère à ce moment à des phénomènes d'occlusion

intestinale. Deux jours plus tard, au contraire, cette hypothèse parut pour un temps la plus vraisemblable.

Je m'arrêtai à ce moment au diagnostic de péritonite aiguë généralisée, vraisemblablement due à une perforation.

Traitement institué en conséquence.

Lelendemain, le malade souffrait moins, les vomissements avaient cessé, le facies était meilleur.

La constipation persistait aussi complète, le météorisme aussi généralisé.

Deux jours après (9 juillet), le ventre présentait un aspect tout différent ; moins tendu dans les régions inférieures, il apparaissait très nettement météorisé seulement à la partie supérieure, si bien qu'il semblait bilobé, les deux régions météorisées séparées par une ligne continuant à peu près le bord inférieur de l'estomac. La région tympanisée supérieure s'étendait plus à droite qu'à gauche, recouvrait tout l'hypocondre droit, faisant ainsi disparaître la matité hépatique.

La douleur à la palpation restait toujours à peu près généralisée, mais avec un point maximum au niveau du bord externe du muscle grand droit, dans la région duodénale, exactement à la limite des deux moitiés météorisées. A ce niveau, on avait la sensation de rénitence profonde.

Cet aspect particulier du ventre, coïncidant toujours avec une absence absolue de garde-ropes, avec une température normale ou peu élevée, me fit abandonner le diagnostic de péritonite aiguë, et je penchai pour celui d'occlusion intestinale, l'obstacle siégeant dans la partie toute supérieure de l'intestin grêle.

Le lendemain (10 juillet), ce diagnostic se trouve de nouveau infirmé, car ce malade eut deux selles spontanées ; malgré cela, l'abdomen était toujours tendu, surtout en la région supérieure en même temps que vers l'hypocondre droit, apparaissaient des veines de circulation collatérale, et que la paroi semblait un peu cédée-matiée.

Pendant deux jours (11, 12 juillet) le malade eut des selles spontanées, mais le ballonnement localisé du ventre augmentait sensiblement.

L'absence de vomissements, la spontanéité des selles me firent abandonner le diagnostic d'occlusion intestinale, et à ce moment me vint à l'esprit l'hypothèse d'une collection purulente et gazeuse, développée sous le diaphragme. J'allais prier mon collègue Lejars de venir voir le malade, quand, le lendemain, le ventre sembla tout à fait normal. Seule persistait la douleur de l'hypocondre droit, intense et toujours localisée au même point.

Pendant deux ou trois jours, le malade eut la diarrhée, la région épigastrique restant sensiblement normale.

Malgré tout, le malade conservait un facies amaigri, terreux, faisant pressentir que tout n'était pas terminé. En effet, vers le 19 juillet, en même temps que les selles redevenaient plus rares, le ballonnement du ventre reparut, toujours localisé au niveau de la région sus-ombilicale, transversalement étendu d'un hypocondre à l'autre, rendant sonore toute la région hépatique, donnant de nouveau au ventre cet aspect bilobé si particulier. Enfin, la douleur persistait intense, toujours au même point, permettant mal de sentir, à cause de son acuité, l'empâtement profond.

Cette mobilité dans l'évolution du tympanisme, la perception d'un empâtement douloureux en un point limité de la cavité abdominale, la notion des hémorragies intestinales antérieures, l'absence d'hématémèses et de vomissements alimentaires survenant à heure fixe après les repas me firent nettement affirmer le diagnostic d'abcès gazeux sous-diaphragmatique, vraisemblablement consécutif à la perforation d'un ulcère simple du duodénum.

Je priai immédiatement mon collègue Lejars de tenter la seule intervention utile, à savoir la laparotomie.

L'opération fut faite le 22 juillet. Une incision d'environ 15 centimètres pratiquée sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic permit d'arriver sur le foyer purulent, duquel s'échappèrent d'abord des gaz d'odeur extrêmement fétide, puis du pus séreux, mal lié, nauséabond, de coloration jaune sale. On peut évaluer à plus d'1 litre la quantité de pus évacuée.

La poche était limitée par le diaphragme en haut, le foie et l'estomac en bas. Elle fut lavée, drainée, etc.

Le malade sortit guéri, de l'hôpital le 21 septembre.

OBSERVATION III

(M. Courtois-Sufât, *Société médicale des hôpitaux*, p. 1296, Paris, 1897.)

Femme âgée de vingt-neuf ans, Marie L..., entre à l'hôpital Beaujon le 1^{er} août.

Antécédents héréditaires bons.

Passé pathologique intéressant.

Réglée à treize ans. Trois enfants, dont le premier mort à deux mois. En 1894, fausse-couche de deux mois. Depuis, pertes blanches et douleurs de ventre constantes.

En 1895, à la suite de fatigues, signes d'ulcère de l'estomac. Le cortège symptomatique persiste jusqu'en 1897.

Le 16 juillet de cette année, cette femme fut prise d'une douleur extrêmement violente dans la région épigastrique, douleur qui irradiait dans tout l'abdomen. Vers huit heures du soir, les douleurs abdominales redoublèrent d'acuité et devinrent assez intenses pour provoquer des cris. Des nausées, des vomissements glaireux et bilieux apparurent et la malade perdit connaissance.

Deux médecins appelés à ce moment ordonnèrent le repos absolu des cataplasmes laudanisés.

Le lendemain matin, la malade entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Lucas Championnière.

Les douleurs persistèrent toute la journée, se calmèrent pendant la nuit. Elles avaient cessé le lendemain matin.

Sortie de l'hôpital guérie, la malade, quelques jours après, perdit de nouveau connaissance; elle fut transportée chez elle. Nouvelles douleurs abdominales plus violentes au niveau de la région épigastrique. Diarrhée abondante, fièvre élevée, état général mauvais. La malade entre dans mon service le 2 août.

Etendue, immobile dans le décubitus horizontal, cette femme se plaint peu du ventre spontanément. Pommettes colorées, visage couvert de sueurs, température 40 degrés, pouls 120.

Ce qui, en poursuivant méthodiquement l'examen, attira le plus mon attention, fut l'aspect irrégulièrement ballonné du ventre.

Celui-ci, météorisé dans son entier, paraît en même temps bilobé; les deux portions météorisées étant séparées l'une de l'autre par une dépression transversale, allant du rebord des fausses côtes d'un côté, passant par l'ombilic pour rejoindre un point symétrique du côté opposé.

La voussure inférieure est la plus considérable : elle comprend, en somme, la presque totalité de l'abdomen, s'étend d'un flanc à l'autre, du pubis à l'ombilic.

La voussure supérieure occupe toute la région épigastrique; à ce niveau, la percussion rend un son tympanique; la matité hépatique normale n'existe plus, elle est remplacée par du tympanisme qui se continue en haut sans interruption avec la sonorité pulmonaire.

La tension du ventre rend la palpation très difficile; celle-ci, cependant, réveille une douleur assez intense, étendue à toute la cavité abdominale, avec un point maximum, très nettement localisé vers la région épigastrique, exactement au niveau de la dépression transversale qui sépare les deux zones du météorisme.

Ces symptômes comparés à ceux que je venais d'observer chez le premier malade me firent immédiatement penser à la possibilité d'un abcès gazeux sous-diaphragmatique, consécutif à la perforation d'un ulcère simple de l'estomac. Ce diagnostic me parut certain quand j'eus constaté les deux signes suivants : en faisant asseoir la malade, les phénomènes perçus à la percussion changèrent immédiatement; une zone de matité apparaissait à la partie inférieure de l'hypocondre droit et de la voussure épigastrique; et si l'on faisait prendre à la malade la position gène-pectorale, la matité devenait absolue dans toute l'étendue de la zone épigastrique, sonore auparavant.

En secouant à ce moment la malade, on obtenait nettement la sensation de flot.

L'élévation considérable de la température, le début extrêmement brusque des accidents abdominaux, la forme horizontale du météorisme supérieur ne simulant en rien l'ectasie gastrique ordinaire, ne m'autorisaient pas à penser à cette dernière affection.

Deux jours après (14 août), la malade se plaint d'avoir dans la

bouche la sensation d'un goût nauséabond qu'elle compare à des œufs pourris; puis elle est prise de quintes de toux à la suite desquelles elle rend un grand verre de matières séro-purulentes.

La fièvre est de 39 degrés; les signes physiques persistent identiques.

Le lendemain, légère amélioration.

La voussure épigastrique diminue, la palpation reste douloureuse.

Le 6 août, le facies est plus mauvais. Œdème de la paroi abdominale à l'hypocondre droit. L'opération est décidée.

M. Lejars incise couche par couche la paroi abdominale; on arrive sur un foyer qui donne immédiatement issue à une grande quantité de gaz extrêmement fétide, puis à du pus jaunâtre ocreux mal lié, d'une quantité égale environ à 1 litre.

Lavage, sutures.

Les suites opératoires, bonnes au début, furent terminées par la mort dans le collapsus au bout de quatre jours.

A l'autopsie, on trouve une poche située au niveau de la région épigastrique du volume de deux poings. Elle est vide, tapissée par des fausses membranes grisâtres. Elle est limitée, en arrière, par la face antérieure du lobe gauche du foie; à droite, par le ligament suspenseur; à gauche, par des adhérences entre la paroi thoracique et l'estomac; en haut et en avant, par la concavité du diaphragme et la portion épigastrique de la paroi abdominale antérieure; en bas, par le côlon transverse.

L'ablation du plastron sterno-costal permet de constater l'existence d'une autre poche située dans l'hypocondre gauche; elle est remplie d'une bouillie noirâtre et fétide; elle a les mêmes dimensions que la première. Les parois sont fermées, en dehors, en arrière et en avant, par la paroi thoracique latérale et les insertions costales du diaphragme; en haut, par le diaphragme imperforé, mais ramolli; en bas, par le coude gauche du côlon et des adhérences, en dedans, par la rate réduite en bouillie et la partie latérale gauche de l'estomac.

A droite, après avoir soulevé le foie, on trouve une nouvelle cavité purulente qui est très probablement une dépendance de la

poche épigastrique. Elle est allongée de bas en haut, et limitée en dehors par la paroi du flanc droit; en dedans, par la face externe du côlon ascendant; en bas, par des adhérences entre la paroi et le côlon ascendant, un peu au-dessus de la crête iliaque.

On parvient assez facilement à libérer l'estomac, fixé cependant, en avant, au foie, par des adhérences épaisses.

On y rencontre deux perforations. L'une, de la dimension d'une pièce de 1 franc, est située sur la face antérieure de l'estomac, à l'union de la grosse tubérosité et du corps de l'organe assez près de la petite courbure; l'autre, plus petite, est située sur la face postérieure de l'organe, en un point presque symétrique de la première perforation.

Ces deux perforations sont toutes deux très nettement circulaires, à bords taillés à pic, un peu épaissis et noirâtres.

OBSERVATION IV (*Autopsie*).

(Eisenlohr, *Berlin. klin. Wochens.*, p. 539, 1877.)

Abcès sous-phrénique. Mort.

A l'autopsie, on constate, entre le foie et le diaphragme, l'existence d'une cavité remplie de gaz et d'un pus fétide verdâtre. Cette cavité se prolonge en arrière entre la paroi postérieure de l'estomac, le petit épiploon, le pancréas, le duodénum, le côlon transverse et la face inférieure du lobe gauche du foie. Perte de substance dans la paroi postérieure de l'estomac.

OBSERVATION V

(Communiquée par MM. A. Gilbert et M. Garnier,
Société médicale des hôpitaux, p. 1301, 1897.)

M... (Joseph), quarante ans. Soigné pendant quatre ans pour une gastralgie. Au mois de mai dernier, douleurs plus vives, vomissements. Le 6 août, il est pris d'une douleur violente au milieu de l'abdomen, sans irradiations; pas de vomissements. Le

lendemain, endolorissement de l'abdomen, pas d'ictère. Les jours suivants, douleur sourde persistant dans l'hypocondre droit. Œdème des membres inférieurs et des bourses. Entre à l'hôpital.

Teint pâle, terreux; malade très amaigri. Abdomen saillant; tympanisme abdominal. Dans les flancs et à l'hypogastre, zone de matité. A la palpation on sent, dans le flanc droit, une tumeur formée par le foie qui déborde les fausses côtes; l'organe est régulier, lisse, non douloureux.

La langue est sale. Cinq ou six selles diarrhéiques par jour. Le pouls est bon.

Fièvre à grandes oscillations à maximum vespéral. L'état reste le même les jours suivants.

Dix jours après son entrée (28 septembre), le malade est pris brusquement d'une douleur très vive dans le côté droit avec gêne respiratoire marquée. Souffle amphorique à la base du poumon droit.

Le lendemain, même état. On constate, à la partie inférieure du thorax, à droite, près de la colonne vertébrale, la disparition du murmure vésiculaire; sur la ligne axillaire, le murmure est remplacé par un souffle amphorique sur 5 à 6 centimètres. En avant, le foie n'est pas plus abaissé que les jours précédents; à la percussion, on trouve du tympanisme au niveau de la 6^e et de la 7^e côte, et sur un court espace au-dessous de cette dernière. A l'auscultation, à ce niveau, souffle amphorique avec tintement métallique. Pas de succussion hippocratique.

Les jours suivants, l'état général reste le même, les signes physiques persistent sans changement notable. Deux ponctions exploratrices faites vers la zone de matité postérieure ne ramènent pas de liquide.

Le malade est opéré le 9 octobre par M. le Dr Michaux qui trouve un vaste abcès sus-hépatique contenant du pus et du gaz. Le foie paraît très altéré, augmenté de volume et mou. Un morceau prélevé pour examen histologique a donné les résultats suivants parenchyme hépatique peu altéré, recouvert d'une couche épaisse de fausses membranes formées d'un feutrage fibreux entremêlé de leucocytes; en aucun point on n'a pu colorer de microbes.

Le malade s'améliore vite les jours suivants, mais l'œdème qui avait diminué, revient bientôt, la diarrhée également. Son état reste précaire jusqu'au 9 novembre, où il meurt.

Autopsie. — La cavité de l'abcès sous-phrénique s'était presque complètement fermée; on a trouvé une péritonite tuberculeuse généralisée. Les deux sommets des poumons sont infiltrés.

L'examen bactériologique du pus de la cavité de l'abcès sous-phrénique a montré qu'il s'agissait d'une association d'un streptocoque avec un coli-bacille d'une variété un peu particulière, se rapprochant du bacille typique, d'un para-coli-bacille.

OBSERVATION VI (*Autopsie*).

(Williams, *London Méd. Gazette*, Déc. 1845.)

Abcès sous-phrénique. Mort.

Autopsie. — Poche extra-péritonéale, située entre le foie et le diaphragme, contenant du pus et communiquant par une perforation avec la cavité du côlon transverse.

OBSERVATION VII (*Autopsie*).

(R. Leudet, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*,
p. 33, 1888.)

Abcès sous-diaphragmatique gauche, sans cause appréciable, ayant simulé un pyo-pneumothorax; intégrité de la cavité pleurale.

Autopsie. — Femme de trente-six ans, entrée à Lariboisière le 31 décembre 1887, morte le 8 janvier 1888.

L'abdomen ouvert et le sternum enlevé, on se trouve en présence d'une vaste poche qui refoule le diaphragme et occupe la place du péricarde qui est caché par le bord antérieur du poumon droit. Cette poche, incisée, laisse écouler une quantité considérable de pus très liquide, jaunâtre, extrêmement fétide.

Ses parois sont tapissées de fausses membranes verdâtres, très

épaisses, abondantes surtout à la face supérieure du lobe gauche du foie, la rate et la base inférieure du diaphragme.

Les limites sont les suivantes : à droite, le ligament supérieur du foie ; en arrière, son ligament coronaire ; en bas, la face supérieure du lobe gauche du foie ; à gauche, le diaphragme refoulé en partie dans le poumon gauche et y formant une poche de la grosseur d'une petite pomme (à cet endroit, le diaphragme est sphacélé et peut-être y a-t-il par là contact avec le tissu pleural) ; en avant et en haut également, par le diaphragme adhérent au bord antérieur du foie

En arrière, cette cavité communique avec une autre à grand diamètre vertical et limitée en arrière par les dernières côtes gauches ; la rate, ramollie et couverte d'une couche épaisse de fausses membranes, flotte dans cette cavité.

La plèvre gauche ne renferme pas de liquide ; le poumon gauche est un peu congestionné ; sa base très adhérente au diaphragme. Pas de tubercules ni dans l'un, ni dans l'autre des poumons. Pas de péritonite. Le foie est intact. Rien dans la vésicule. L'estomac est absolument sain ; par sa face antérieure il adhère à la poche.

Tous les autres organes sont sains.

OBSERVATION VIII. — (*Autopsie*).

(Jolasse, *Berlin. klin. Woch.*, n° 6, p. 128, 8 février 1897).

Jeune fille de dix-neuf ans, qui, après avoir offert des symptômes gastriques, avait, depuis une quinzaine, des points du côté gauche et de l'oppression. Une ponction exploratrice dans le neuvième espace intercostal gauche, au niveau de la ligne scapulaire, révèle la présence de pus fétide. Résection des 9^e et 10^e côtes gauches, sur la ligne axillaire ; pas de pus dans la cavité pleurale. Incision faite au diaphragme conduit dans une excavation de la grandeur de deux poings, remplie de pus et de caillots de fibrine. Cette excavation était limitée par la rate et le diaphragme. Après quelques jours d'amélioration, réascension thermique. En inspectant la cavité opératoire, on y découvre des adhérences récentes

qui retiennent le pus. La rupture de ces adhérences est suivie de la cessation de la fièvre et d'une très grande amélioration dans l'état général. Trois jours plus tard, broncho-pneumonie droite qui emporte la malade en quatre jours.

Autopsie.— Outre deux foyers de broncho-pneumonie, on constate l'existence d'un ulcus cicatrisé, occupant le milieu de la petite courbure de l'estomac et d'adhérences avec la face inférieure du lobe hépatique gauche et le diaphragme. La rate volumineuse est en partie soudée à la paroi thoracique.

OBSERVATION IX (inédite). — *Autopsie.*

(Due à l'obligeance de M. le médecin principal Delahousse,
et de M. le médecin major Arnaud, Limoges.)

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Abscess sous-phrénique droit. Laparotomie. Mort. A l'autopsie, kyste hydatique de l'épiploon, sans rapport avec l'abcès.

Autopsie. — Cavité abdominale. Le gros intestin et l'intestin grêle sont fortement réduits de volume. Au voisinage du duodénum, les adhérences maintiennent fortement accolées contre elles plusieurs anses intestinales : aucun vestige de perforation. Audessous du lobe gauche du foie, kyste hydatique. Lorsqu'on cherche à soulever la paroi thoracique après l'ablation du plastron sternal, on rencontre en avant des adhérences très solides entre le diaphragme et la face supérieure du foie ; le doigt trouve à ce niveau une tumeur rénitente qui, ponctionnée, donne issue à une grande quantité de pus épais, de couleur verdâtre. La poche largement incisée apparaît située dans l'espace compris entre la face supérieure du foie et la face inférieure du diaphragme. Le foie est petit, scléreux, sans trace d'abcès.

La vésicule biliaire est très déformée (en forme de boudin), les parois sont amincies ; la bile est fluide, pas de calculs. En résumé, il est permis d'expliquer la formation de l'abcès sous-phrénique par une infection péritonéale provoquée par la contusion de la vésicule biliaire ou d'une anse intestinale dont la paroi altérée a dû livrer passage à des agents microbiens.

OBSERVATION X (inédite). — Autopsie.

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Vallss.)

Empyème sous-phrénique d'origine duodénale.

Malade entré dans le service de M. le Dr Mollière, avec les symptômes nets de pneumothorax. Il passe dans le service de chirurgie de M. Vallas (26 avril 1896) qui pratique l'empyème au niveau du sixième espace intercostal droit. En pénétrant dans la plèvre, rien d'anormal. L'ouverture du cul-de-sac pleural ne donne issue à aucun liquide. Au fond de la plaie pariétale, on voit le diaphragme soulevé sous forme de dôme fortement saillant dans la cavité thoracique. Ponction à travers le diaphragme; on constate la présence de pus. Incision large du diaphragme. Issue de flots de pus et de gaz d'odeur infecte; drainage; pansément.

Quelques jours après, l'état général de bon qu'il était devient mauvais. Le malade tousse beaucoup, il a de la peine à cracher. Mort.

Autopsie. — A l'ouverture de la poitrine on trouve un pyo-pneumothorax dans la cavité pleurale droite. Le poumon descend jusqu'à la cinquième côte. Au-dessous, on voit le diaphragme perforé par l'incision chirurgicale. Sa face inférieure adhère au foie vers le ligament suspenseur épaissi et délimite ainsi la cavité péritonéale. En haut, le poumon, la plèvre, le diaphragme sont adhérents.

Les deux cavités sus et sous-diaphragmatiques communiquent par une large perforation située au point culminant du dôme.

La sonde cannelée est introduite dans le fond de la cavité diaphragmatique et le muscle incisé sur elle. On remarque à la région déclive un point où l'estomac, le foie, la vésicule, le diaphragme et la portion horizontale du duodénum sont étroitement unis. En disséquant cette région, on découvre un orifice qui fait communiquer la poche sous-phrénique avec la portion horizontale du duodénum. Sur celui-ci, on reconnaît tout près de la perforation une cicatrice blanchâtre, étoilée de vieil ulcère guéri. Rien aux autres organes.

OBSERVATION XI

(Lacharrière, *Revue de Hayem*, t. XLVIII, p. 239.)

Abcès sous-phrénique droit. — Coliques hépatiques antérieures.

Homme de quarante-huit ans qui, à la suite d'une colique hépatique fut pris d'accès de fièvre, due probablement à une cholécystite suppurée. Ces accidents disparurent au bout d'un mois, sauf la fièvre qui, de temps en temps, reparaisait le soir, et une dyspnée qui a persisté après les symptômes de pleurésie, constatés antérieurement.

Actuellement, amaigrissement très prononcé, toux fréquente. Pas de douleur dans la région épigastrique, foie volumineux. Laparotomie. Après rupture des adhérences du foie au péritoine pariétal, on trouve un abcès sous-phrénique volumineux qui est incisé et drainé. Guérison en cinq semaines.

OBSERVATION XII (résumée).

(MM. L. Gaillard et Ch. Monod, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 29 juillet 1898.)

Malade de trente-six ans. Antécédents : ulcère de l'estomac. Le 2 juin, subitement douleur violente du côté gauche. Le 5, vomissements, douleur nouvelle, distension exagérée du ventre. Température 39 degrés.

Examen. — Le ventre présente une voussure de l'épigastre qui attire l'attention.

Sur ce point, la paroi était soulevée et tendue, tandis que dans les autres régions le ballonnement était modéré. A la percussion, sonorité. En secouant la malade, bruit de succussion. A la base du thorax, à l'auscultation, suppression complète du murmure vésiculaire : pas de souffle amphorique ; pas de tintement métallique ; sonorité exagérée à la percussion. Même sonorité dans l'aisselle. Pas de déplacement du cœur. Pas de déplacement du foie.

L'examen complété le 10 juin donne les résultats suivants : la voussure épigastrique étendue de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, avait une largeur de 10 centimètres. L'abdomen était partout sensible à la palpation. La matité hépatique semblait augmentée, elle s'étendait du mamelon droit à une ligne horizontale, passant par l'ombilic. En faisant coucher le malade sur le côté gauche, on obtenait de la matité à l'hypocondre gauche ; cette région redevenait sonore dans le décubitus latéral droit ; donc la cavité sous-phrénique contenait, avec le gaz, une assez grande quantité de liquide.

Le silence respiratoire de la base gauche prouvait le refoulement du diaphragme vers le thorax.

La température oscillant les jours suivants entre 38°5 et 39°4, l'opération est faite le 18 juin. Incision longitudinale pratiquée sur la voussure à l'épigastre. Gaz et pus en quantité. Drainage.

Guérisson complète le 16 juillet : à noter une légère pleurésie séro-fibrineuse à la base gauche.

OBSERVATION XIII (*Autopsie*).

(*Presse médicale*, 7 septembre 1898. — M. Louis Spillmann, de Nancy.)

Abcès sous-diaphragmatique consécutif à une appendicite perforante sans connexion apparente. — Mort. — Autopsie.

Ventre ballonné, dur. Anses intestinales dilatées et estomac considérablement distendu. Nombreuses adhérences entre la face inférieure du lobe gauche du foie et la petite courbure de l'estomac. Au moment où l'on soulève les fausses côtes droites, un flot de liquide purulent s'échappe dans l'abdomen. Ce pus provient d'une volumineuse poche, située entre la face supérieure du foie et le diaphragme. Elle renferme environ 2 litres de pus. Le foie est déprimé par la collection purulente. Le poumon est refoulé à la partie supérieure de la cage thoracique.

On trouve dans la cavité péritonéale, près du cæcum, une petite boulette stercorale. Appendice volumineux, œdématié, à demi sectionné vers sa partie moyenne. La sonde cannelée, introduite

dans le bout supérieur, pénètre dans le cæcum. Derrière l'ampoule, on voit sourdre du pus. Un trajet fistuleux part de cette région, et, passant derrière le foie, va aboutir dans la vaste collection sous-diaphragmatique.

OBSERVATION XIV (*Autopsie.*)

(Barlow, *London med. Gazette*, mai 1845.)

Femme de trente-neuf ans, entrée à Guy's Hospital le 26 octobre 1844. Huit mois auparavant, elle avait été soignée pour une gastrite alcoolique, dont elle parut guérir. Il y a quatre mois, elle fut reprise d'accidents gastralgiques et de vomissements qui furent améliorés par un traitement approprié, lorsque, il y a quatre jours, elle ressentit une douleur intense dans le côté gauche et à l'épaule gauche, avec une sensation de suffocation imminente qui persista pendant quarante-huit heures.

Phénomènes thoraciques normaux à droite. A gauche, au-dessous de l'angle de l'omoplate en avant et en arrière, son tympanique, respiration amphorique, tintement métallique. Ces signes sont perçus jusqu'au-dessous de l'extrémité antérieure des fausses côtes à l'épigastre.

Mort le 13 novembre.

Autopsie. — Le diaphragme est refoulé jusqu'à la quatrième côte ; deux perforations de l'estomac, l'une au niveau du cardia, l'autre sur la paroi antérieure, font communiquer la cavité gastrique avec une poche pleine de pus et de gaz fétides.

OBSERVATION XV (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Rollet).

Abcès sous-phrénique médian extra-péritonéal sans origine connue.

M .., vingt-six ans. Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'antécédents personnels ; santé excellente dans son enfance, aucune manifestation de tuberculose.

Il y a trois ans, le malade étant au service militaire, a souffert d'un violent point de côté droit au niveau des fausses côtes ; cette douleur restait localisée sans irradiations d'aucune sorte. En même temps, le malade s'aperçut d'une grosseur en ce point. Le malade resta un an à l'hôpital

Depuis son retour, cette douleur se calma, ne reprenant que quatre ou cinq jours par mois.

Pendant ces périodes, douleur intense toujours au même point, inappétence, fièvre.

Cet état dura jusqu'au 1^{er} mars 1898.

A cette époque, aucune réaction cutanée ne s'était produite. Des cataplasmes sont ordonnés par un médecin. Environ quinze jours après, la peau s'enflamme, rougit ; il se forme deux ouvertures à la pointe de l'appendice xiphoïde, par où s'écoule du pus. L'état général baissant, le malade entre à l'hôpital de la Croix-Rousse.

A l'examen actuel (1^{er} juin 1898), on constate à la pointe du sternum une peau violette, sphacélée, avec deux ouvertures fistuleuses à 3 centimètres l'une de l'autre, par où s'écoule du pus. Le pus sort en plus grande quantité au moment de l'inspiration, ce qui fait porter le diagnostic de collection purulente sous-diaphragmatique.

L'intervention décidée est faite immédiatement. On tombe après incision sur une grande poche d'où s'échappe une grande quantité de pus mêlé de sang.

A l'exploration digitale, on sent une coque fibreuse formant la paroi de l'abcès. Les recherches ne conduisent sur aucun point osseux dénudé.

Le pansement est refait tous les deux jours. Du pus s'écoule en grande quantité.

L'état général va s'améliorant.

Pas de fièvre.

Le malade sort guéri le 26 juin.

OBSERVATION XVI (inédite). — *Autopsie.*

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Vallas).

Abcès sous-phrénique, consécutif à un abcès du foie.

Le malade entre à l'hôpital présentant des signes de collection purulente dans la région hépatique droite. Ponction est faite dans le sixième espace intercostal; pus rouge brique. Au niveau de la ponction, M. Vallas lui fait une pleurotomie, et le bistouri arrive sur la face supérieure du diaphragme sans rencontrer de pus. Pas de pleurésie. Tamponnement de la plaie à la gaze (23 août 1895).

Le lendemain, incision du diaphragme à travers le cul-de-sac pleural. Immédiatement s'écoule une abondante quantité de pus. L'incision est agrandie en dedans, et le doigt explore une vaste cavité remontant sur la face supérieure du foie. Drainage, pansement.

Pendant plusieurs jours, mauvais état général; dyspnée extrême. Le 28 août, mort dans le colapsus.

Autopsie. — Grande incision médiane de la fourchette sternale au pubis. Les anses intestinales très distendues font hernie et on ne voit rien de la lésion, pas de pus, pas de fausses membranes.

On résèque le plastron sterno-costal. Du liquide citrin s'écoule de la plèvre droite. La paroi antérieure enlevée, on voit le diaphragme fortement bombé, repoussé par le foie. Le poumon droit refoulé est petit. On soulève le diaphragme et la main reconnaît une vaste poche au-dessus du foie, descendant en arrière et au-dessous de lui, au-devant du rein, en avant de la paroi abdominale postéro-latérale droite : du pus épais jaunâtre s'écoule et laisse voir de nombreuses fausses membranes purulentes; la moitié droite de la face inférieure du foie en est tapissée complètement.

Le doigt arrive au niveau de l'incision opératoire. A la partie inférieure et à la limite de la poche purulente il y a quelques adhérences peu solides. Pas de perforation du diaphragme. On enlève

les organes. Pleurésie interlobulaire droite. Rien aux poumons. Rien à la rate.

Foie très gros. Sur la face antéro-supérieure du lobe droit, abcès du volume du poing, avec une large ouverture déchiquetée, origine certaine de l'abcès sous-phrénique.

CONCLUSIONS

I. Les abcès sous-phréniques ne sont pas aussi rares qu'on le pense communément ; en ces derniers temps, la littérature médicale s'est considérablement enrichie sur ce point.

II. Ils constituent une maladie spéciale et, comme tels, possèdent une symptomatologie propre. Si le diagnostic en est parfois difficile, c'est qu'aucun signe n'est pathognomonique. D'autre part, il peut se faire que les symptômes locaux appartenant en propre à l'abcès sous-phrénique se bornent à la douleur et au phlegmon épigastrique.

III. L'étiologie pathogénique reconnaît tantôt une cause locale (propagation par contiguïté), tantôt une infection venue de loin (propagation par voie lymphatique, sanguine).

IV. Nous divisons les abcès sous-phréniques d'après leur siège en intra- et extra-péritonéaux ; d'après leur contenu, en gazeux et simples. Leur évolution se fait en deux

périodes : l'une abdominale, l'autre thoracique ; la symptomatologie et le diagnostic en sont tout différents.

V. Les abcès sous-phréniques doivent être opérés d'urgence. Il n'y a pas d'opération de choix ; suivant la prédominance à l'abdomen ou au thorax, on emploiera l'une ou l'autre des méthodes décrites. Nous préconisons cependant la voie parapleurale transdiaphragmatique, avec incision de drainage en un point du creux épigastrique où l'on ne lèse pas la plèvre. Elle possède les avantages de la voie transpleuro-diaphragmatique sans en avoir les inconvénients.

VI. La guérison s'obtient par rétraction et cicatrisation de la poche purulente. Le drainage à la Mickulicz nous paraît un excellent moyen pour obtenir plus vite ce résultat.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON

Vu : LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

- BARLOW, London med. Gaz., mai 1845.
BECH, Med. Record, 15 fév. 1896.
BESREDKA, thèse de Paris, 1897.
BOUCHAUD, Bullet. Soc. anat., p. 309, 1862.
BRISTONE, Lancet, p. 531, 1883.
CRAMER, Deutsch. Zeitschr. f. Chir., XLII, p. 597.
COSSI, Archives générales de médecine, novembre 1879.
COURTOIS-SUFFIT, Soc. méd. hôp. Paris, p. 1291, 1897.
DEBORE et RÉMOND, Société des hôpitaux de Paris, 1890.
DESCHAMPS, thèse de Paris, 1886.
DOYON, Province médicale, Lyon, p. 364, 1890.
DUPLAY et RECLUS, Traité de Chirurgie, t. VII, p. 236.
EISENLOHR, Berl. klin. Woch., n° 37, 1877.
FINK, Prager med. Woch., 1895.
FISCHER, Deutsche Arch. f. klin. Med.
GLASER, Deutsche med. Woch., 1885.
GRADSIRE, thèse de Paris, 1894-95.
GRUENBAUM, Wiener med. Woch., 1893.
HERRLICH, Charité-Annalen, 1886.
JENDRASSIK, Deut. med. Woch., 3 oct. 1895.
JOLLASSE, Berl. klin. Woch., 8 fév. 1897.
LAMPE, Münch. med. Woch., 1895.
LANGENBUCH, Berl. klin. Woch., 23 mai 1892.
LAPORTE, thèse de Lyon, 1898.
LAUENSTEIN, Semaine médicale, p. 301, 1896.
LEBLOND, thèse de Paris, 1892.
LEYDEN, Berl. klin. Woch., 1879-1899.
MARTIN, thèse de Paris, 1891-92.
MASON, Boston med. Journ., 1889.
MAYDL, Monographie, Vienne, 1894.
MAYDL, Wiener klin. Rundschau, 1896.
MERCLEN, Soc. méd. hôp. Paris, p. 536, 1897.
MÉRIGOT DE TREIGNY, Journal des praticiens, fév. 1897.
MORITZ, Saint-Pétersbourg med. Woch., 1882.

- MORTON, *Lancet*, 12 mai 1894.
MUSSELIER, *Gazette médicale*, Paris, 28 nov. 1885.
NACCIARONE, *Riforma med.*, 12 mars 1897.
NEUSSER, *Wien. med. Woch.*, n° 44-47, 1884.
NOWACK, *Smidt's Jahrbücher*, n° 10, 1891.
PAETSCH, *Charité-Annalen*, VII. Jahr.
PASTURAUD, *Bullet. de la Soc. anat.*, p. 189, 1874.
PFUHL, *Berl. klin. Woch.*, p. 57, 1897.
RABÉ, *Presse méd.*, 28 avril 1897.
RADAMAN, thèse de Paris, 1890-91.
RIEUX, thèse de Lyon, 1895.
RINALDI, *Riforma med.*, 9 août 1897.
ROSAIN, thèse de Paris, 1897.
SCHWEIGER, *Wiener med. Presse*, 24 nov. 1895.
STARCKE, *Charité, Annalen*, VII. Jahr.
TARTAVEZ, thèse de Lyon, 1897.
THOUVENIN, thèse de Paris, 1896.
VANLAIR, *Revue de médecine*, 1893.
VIOULET, *Bulletin Société anatomique*, 1873.
WATERS, *Brit. med. Journal*, 24 novembre 1877.
WILLIAMS, *London med. Gaz.*, décembre 1845.
Arch. f. klin. Chir., p. 516, 1896.
Archives de médecine et de pharmacie militaires pour 1898.
Bulletin de la Société anatomique de Paris, p. 33, 1888.
Bulletin médical, p. 1084, 1877.
Bulletin Soc. méd des hôp., Paris, 4 août 1898.
Lyon médical, t. LXXX, p. 124, 1895.
Presse médicale, sept. 1898.
Revue de médecine, Lépine, p. 1000, 1897.
Revue de médecine, p. 561, 1893.
Revue médicale de Paris, p. 561, 1893.
Revue médicale de l'Est, p. 353, 1878.
Semaine médicale, 3 août 1898.
Société de Chirurgie, 17 novembre et 1^{er} décembre 1897.
Société médicale des hôpitaux de Paris, 1874.

